UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 33

FACULTÉ DE MÉDECINE

L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL

Doit-il être banni de la Thérapeutique du Bassin Rachitique ?

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Février 1912

PAR

Fernand BONNET

Né à Narbonne (Aude), le 14 avril 1886

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE NIMES ET DE LA MATERNITÉ DU GARD

(Concours 1909)

ANCIEN RÉPÉTITEUR DU COURS D'ACCOUCHEMENT A LA MATERNITÉ DU GARD

(Concours 1909)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la thèse

VALLOIS, Professeur, *Président.*
GILIS, Professeur,
DE ROUVILLE, prof. adjoint } *Assesseurs.*
GAUSSEL, Agrégé,

MONTPELLIER
ANCIENS ÉTABLISSEMENTS FIRMIN ET MONTANE
MONTANE, SICARDI ET VALENTIN, SUCCESSEURS
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdauson

1912

L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

ARTIFICIEL

DOIT-IL ETRE BANNI DE LA THÉRAPEUTIQUE DU BASSIN RACHITIQUE

« Un médecin honnête et prudent doit toujours proportionner le danger du remède à la gravité de la maladie.

PAJOT.

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 33

L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL

Doit-il être banni de la Thérapeutique du Bassin Rachitique ?

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Février 1912

ACAD. LAGD. BAT. BIBL.

PAR

Fernand BONNET

Né à Narbonne (Aude), le 14 avril 1886

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE NÎMES ET DE LA MATERNITÉ DU GARD
(Concours 1909)

ANCIEN RÉPÉTITEUR DU COURS D'ACCOUCHEMENT A LA MATERNITÉ DU GARD
(Concours 1909)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la thèse

VALLOIS, Professeur, *Président.*
GILIS, Professeur,
DE ROUVILLE, prof. adjoint } *Assesseurs.*
GAUSSEL, Agrégé,

MONTPELLIER
ANCIENS ÉTABLISSEMENTS FIRMIN ET MONTANE
MONTANE, SICARDI ET VALENTIN, SUCCESSEURS
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)..... DOYEN.
SARDA..... ASSESSEUR.
IZARD..... SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol et thérap.génér
Cliniquechirurgicale	TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H).
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT, HAMELIN (✲),

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, a. l. (ch. de c.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.).	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	FLEIG, chargé des fonct

Examinateurs de la thèse ;

MM. VALLOIS, *président.*	MM. DE ROUVILLE, *profes. adjoint*
GILIS, *professeur.*	GAUSSEL, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A mon Père et à ma Mère
A mes Oncles et à ma Tante
ainsi qu'à ma Sœur

Mon cœur se reporte en écrivant ces lignes, et je les leur dédie en faible témoignage de profonde affection et de vive reconnaissance pour tous les sacrifices qu'ils se sont imposés pour moi.

A ces noms qui me sont chers je suis heureux de joindre celui du Docteur **R. Guibal**, chevalier de la Légion d'honneur, et celui du Docteur **Gilis**, professeur à la Faculté de Médecine, chevalier de la Légion d'honneur, et de leur exprimer mon affectueuse gratitude.

F. BONNET.

MEIS ET AMICIS

F. BONNET.

A MON PREMIER MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR GILIS

PROFESSEUR D'ANATOMIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

F. BONNET.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR VALLOIS

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

F. BONNET.

A Monsieur le Professeur de ROUVILLE

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A Monsieur le Professeur Agrégé GAUSSEL

MÉDECIN CHEF DU SANATORIUM « BON ACCUEIL »

F. BONNET.

AVANT-PROPOS

Vers l'Ecole de Médecine de Montpellier, où nous avons fait nos études, vers les hôpitaux de Nimes, où nous les avons complétées, nos regards se dirigent en écrivant ces lignes, et nous sommes heureux de la sympathie et de la confiance qu'on nous y témoigna.

Nous adresserons tout d'abord l'hommage de notre vive reconnaissance à tous nos Maîtres qui nous ont appris et fait aimer la médecine.

Nos remerciements vont d'abord à M. le professeur Gilis ; nous sommes profondément reconnaissant à ce Maître qui nous a toujours prodigué ses conseils ; il voudra bien nous permettre de dire toute notre gratitude et qu'il soit assuré de notre vive et durable reconnaissance.

Que M. le professeur de Rouville, dans le service duquel nous avons fait de nombreux stages, reçoive également l'impression de notre reconnaissance ; ses leçons cliniques si claires resteront longtemps gravées dans notre esprit.

Que M. le professeur-agrégé Gaussel, qui fut jadis notre Maître aux conférences d'externat, soit particulièrement remercié.

M. le professeur Vallois, pour qui nous étions, hier encore, un inconnu, nous a fait le grand honneur d'ac-

cepter la présidence de notre thèse ; nous lui en sommes profondément reconnaissant.

Nous ne laisserons pas la Faculté sans dire à M. le professeur Tédenat toute notre admiration pour son enseignement clinique si imagé et si pratique.

A côté de ces Maîtres de la Faculté de Montpellier, nous sommes heureux de placer ceux des hôpitaux de Nimes, qui ont aussi contribué à notre formation médicale.

Que MM. les docteurs Olivier de Sardan, Gilis, Mazel, Suquet et Delord soient assurés de notre profonde gratitude pour leurs conseils et leurs leçons cliniques au chevet du malade.

Pendant notre stage à la Maternité du Gard, M. le docteur Lassalle nous laissa prendre dans son service une large initiative ; nous l'en remercions vivement.

Interne de M le docteur Fabre pendant près d'une année, nous avons reçu de ce Maître bienveillant d'excellentes leçons de clinique gynécologique. C'est à lui que nous devons notre formation chirurgicale ; nous le remercions tout particulièrement et nous l'assurons de notre profonde reconnaissance.

Un souvenir ému va enfin vers nos malades et nous les quittons avec regret.

Que le docteur Gachon, qui fut notre ami des premières heures, reçoive l'assurance de notre franc et cordial dévouement.

Enfin, que nos camarades d'internat, les docteurs Bernadou, Sabatier, Turc, Marcou, Matet, Deler et Milhaud soient assurés de notre inébranlable attachement.

Nous garderons de ces deux années si fécondes le souvenir gravé au fond de notre cœur.

L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

ARTIFICIEL

DOIT-IL ÊTRE BANNI DE LA THÉRAPEUTIQUE DU BASSIN RACHITIQUE ?

INTRODUCTION

L'idée de ce travail nous est venue en assistant à une série d'accouchements artificiels prématurés pendant notre stage à la Maternité de Nimes.

Nous ne nous sommes pas proposé pour but, dans la modeste étude qui va suivre, de réfuter les idées émises par des Maîtres éminents ; nous n'avons pas pour le faire l'expérience suffisante. Nous ne ferons qu'émettre les quelques idées personnelles qui nous sont venues à la lecture de documents nombreux, sans avoir la prétention de vouloir trancher une question aussi délicate.

Dans le cours de notre travail, nous aurons devant les yeux non le médecin des villes, qui trouve autour de lui tout le nécessaire, mais le praticien de campagne, qui, bien souvent, ne possède pas une instrumentation suffisante, ne dispose pas d'aides pour faire une opération d'urgence avec toutes les garanties possibles.

Dans la grande ville le praticien, devant un cas grave, peut avoir recours aux lumières de spécialistes, il peut

encore envoyer sa malade dans une clinique ou un établissement hospitalier ; il est sûr que les soins nécessaires lui seront parfaitement donnés ; dans les villages éloignés, en présence de pareils cas, le médecin se trouve parfois dans un grand embarras.

Ceci est encore plus vrai lorsqu'il s'agit d'accouchements. Autre est la clientèle de ville et bien autre celle de l'hôpital. Telle opération, que l'on pourra faire subir à une femme sans lui donner de détails, sans lui en exposer la nécessité, que l'on proposera en ville, en conscience, mais avec quelle timidité et quels détours ! La raison de tout cela est bien simple : la malade a d'abord peur de l'opération ; la proposer est déjà chose difficile pour le médecin. « Si l'on pouvait faire autre chose ! » Et il n'y a pas que la malade avec qui il faut discuter, il n'est pas jusqu'aux parents même éloignés, qui ne viennent s'interposer pour arrêter votre tentative, eût-elle le meilleur but du monde.

A côté de la peur de l'opération et de ses risques, n'y a-t-il pas aussi la crainte de l'établissement hospitalier ?

Certaines femmes acceptent difficilement l'idée d'entrer dans une clinique pour y donner le jour à terme à un enfant vigoureux. Ce fait n'est-pas mis en évidence par le nombre encore restreint de femmes fréquentant les consultations de femmes enceintes ouvertes dans les Maternités ?

Que résulte-t-il de tout cela ? L'obligation d'opérer en ville et, bien souvent, Dieu sait dans quels milieux ; que de soucis alors pour le médecin !

Ces ennuis, déjà sérieux pour le praticien des villes, le sont encore bien davantage pour le médecin de campagne.

HISTORIQUE

L'accouchement prématuré artificiel est une opération qui consiste à provoquer l'interruption de la grossesse avant le terme ordinaire, cela dans un but thérapeutique, à une époque où le fœtus est viable. Cette opération consiste à mettre en jeu les contractions utérines et a pour but l'expulsion ou l'extraction du fœtus et de ses dépendances.

Il semble que le fait de voir des enfants nés au 7e ou au 8e mois arriver facilement à l'âge adulte a dû de tout temps hanter l'esprit des accoucheurs. Ils ont dû penser à la possibilité d'une intervention quand il existait une cause quelconque de dystocie relative soit à la mère, soit au fœtus ou à ses annexes.

L'histoire de l'accouchement provoqué est d'origine récente et tient toute dans le siècle passé. Il est intéressant de rechercher quelle fut l'idée première qui poussa les médecins de cette époque vers l'accouchement prématuré artificiel.

Serait-ce la facilité de l'avortement criminel, pratiqué avec tant de tolérance dès la plus haute antiquité ? Serait-ce la pratique de l'accouchement méthodiquement rapide ? Nous ne le pensons pas. En effet, dans ce cas, l'accoucheur ne laisse rien à faire aux forces naturelles ; dilatation du col et extraction du fœtus sont exécutées par le médecin lui-même.

Faut-il voir également dans certains passages d'auteurs anciens l'idée première de cette opération ? Il semblerait qu'un accoucheur du seizième siècle en ait entrevu la possibilité. F. Rousset dans son livre de l'Hystérotomotokie, paru en 1581, dit : « Si forte via per quam fœtus excludi debet sit augustior, tratandus erit ante finem gestationis quia partus naturalis impedietur », il ne nous parle pas toutefois du procédé. Son livre, écrit pour justifier la césarienne pendant la vie de la femme, ne donne pas de détails sur la parturition provoquée. De telles phrases lancées au hasard ne peuvent être considérées comme origine de l'accouchement prématuré artificiel.

L'accouchement méthodiquement rapide se trouve cité pour la première fois dans les ouvrages de Louise Bourgeois ; Jacques Guillemeau, élève d'Ambroise Paré, dans son livre : De la grossesse et accouchement des femmes (1620), propose aussi, à la même époque, dans les cas d'hémorragies graves, d'introduire la main dans le vagin, de dilater « forcément » le col avec les doigts, de rompre les membranes et d'extraire l'enfant en faisant la version. Plus tard, Puzos, en présence de cas semblables, apporta une modification à l'accouchement forcé. Redoutant l'inertie utérine consécutive, il propose un procédé permettant de mettre en jeu la contractilité utérine, mais d'une façon lente et graduelle. Il indique « d'introduire un ou plusieurs doigts dans l'orifice avec lequel on travaille, à l'écarter par des degrés de force proportionnés à la résistance. Cet écartement interrompu de temps en temps par des repos, fait naître des douleurs, il met la matrice en action, et l'un et l'autre font gonfler les membranes qui contiennent les eaux de l'enfant ; l'attention, pour lors, doit être d'ouvrir les membranes le plus tôt qu'on peut ». On voit déjà dans cette manœuvre un pro-

grès notoire ; il ne restait plus qu'à profiter de l'idée et à l'appliquer à une destination nouvelle : l'accouchement avant terme. Puzos n'avait pas entrevu l'accouchement provoqué thérapeutique ; sa méthode n'est qu'un perfectionnement apporté à l'accouchement forcé et il n'a eu pour but que de parer aux hémorragies consécutives à un accouchement trop rapide. La part laissée à l'accoucheur est trop grande dans son opération et, suivant les paroles de Ritgen, «Dans l'accouchement prématuré artificiel, la nature fait presque tout, l'art ne lui communiquant qu'une impulsion légère, mais sûre, tandis que dans l'accouchement forcé, l'art agit presque seul, et tout ce que la nature cède, il faut le lui arracher par de nouveaux efforts ».

Puzos a eu le mérite de mettre en jeu la contraction utérine par la dilatation du col ; s'il n'a pas découvert l'accouchement provoqué, il en a été le précurseur.

Pendant des années encore, l'accouchement provoqué restera dans l'ombre ; l'idée semée ne germera que plus tard, ou tout au moins il faudra attendre une vingtaine d'années pour que cette opération ait droit de cité parmi les autres manœuvres obstétricales. Si à l'époque où écrivait Puzos, on n'osait pas encore parler d'interruption de la grossesse, même dans un but thérapeutique, c'est que l'on se heurtait à des susceptibilités religieuses et morales ; on en parlait bien entre médecins, mais en cachette, et l'on peut dire que l'accouchement provoqué ne doit la vie qu'aux insuccès et aux déboires causés par la césarienne et la symphyséotomie à cette époque. Devant les suites de ces deux opérations, en pratique journalière, lorsqu'il s'agissait de rétrécissement du bassin, les accoucheurs devaient tenter de les remplacer par l'accouchement prématuré artificiel.

La véritable histoire de cette opération ne commence qu'en 1756, et c'est aux savants anglais que revient l'honneur de l'avoir fait passer de la théorie dans la pratique. L'histoire de l'accouchemnt prématuré artificiel peut se diviser en trois périodes : la première, pendant laquelle cette opération discutée est peu employée, tout au moins en France, et qui se termine à peu près à la date de la dissertation de Burckhardt, écrite sous l'inspiration de Stolz ; c'est la période anglaise et allemande.

La seconde part de la thèse de Burckhardt (1830) et arrive tout près de nous aux leçons cliniques de M. Pinard. C'est la période de splendeur : on fait des accouchements prématurés partout, parfois peut-être sans raison. M. le professeur Pinard met le holà aux abus dans ses fameuses leçons cliniques, et tente, en 1892, de lui substituer la symphyséotomie.

La troisième période nous touche : c'est le recul de l'accouchement provoqué, sous les coups successifs d'un Maître éminent et son remplacement par la symphyséotomie d'abord, puis par la césarienne et les pelvitomies qu'il avait un instant supplanté.

Etudions successivement ces trois périodes.

Période anglo-allemande. — Tandis que sur le continent les médecins pratiquaient avec quelques succès l'opération césarienne et la symphyséotomie, les accoucheurs anglais n'obtenaient que des insuccès ; il est naturel qu'ils aient cherché autre chose. « C'est la nature, selon le mot de Velpeau, qui leur a donné les premières leçons sur ce point. La nature fait quelquefois ce que l'art cherche à généraliser.

« Si certaines femmes, assez malheureuses pour ne mettre au monde que des enfants morts par suite d'une angustie pelvienne finissent par accoucher sans secours d'un fœtus vivant, cela tient ordinairement à ce que, pour cette fois, l'enfant vient avant terme ou s'est moins développé que de coutume. L'accouchement prématuré artificiel n'est donc qu'une imitation de la Nature ». Velpeau cite au même endroit un cas d'accouchement provoqué par lui-même, en 1835. Il est probable que des faits semblables frappèrent aussi l'esprit des accoucheurs 75 à 80 ans auparavant. En 1756, les médecins les plus renommés de Londres, raconte Denmann, décidèrent que chez les femmes dont le bassin est vicié, il est permis de solliciter l'accouchement dès que la viabilité du fœtus est bien établie et « que cette pratique est avantageuse et approuvée par la morale ». Macaulay, le premier, pratiqua l'opération avec succès dans un cas de rétrécissement du bassin ; il fut imité par Kelly, qui provoqua trois fois avant terme l'accouchement sur la même femme et deux fois avec un suc-

cès complet. La nouvelle opération passa si rapidement dans la pratique, que bientôt la césarienne et la symphyséotomie disparurent presque complètement. On en exagéra même le principe et on en vint à proposer même l'avortement « thérapeutique » dans bien des cas où on aurait probablement pu s'en passer ; Barlow, mettant en pratique le conseil donné par W. Cooper en 1768, proclama qu'il fallait substituer l'accouchement provoqué « dans tous les cas » à l'opération Sigaultienne et à la césarienne.

Né et perfectionné en Angleterre, l'accouchement provoqué passe ensuite en Allemagne. Il ne semble pas qu'il y ait eu dans ce pays, vers la même époque, un mouvement propre, parallèle à celui qui s'était produit en Angleterre. C'est déjà sous l'influence de cette dernière que Mai, en 1799, dans son mémoire « De necessitate partûs quando que premature vel solo manuum, vel instrumentorum adjutorio promovendi » avait essayé de poser les indications de l'accouchement prématuré artificiel. Wenzel, quelques années plus tard, suivant l'exemple de Macaulay, exécute avec succès la première opération en Allemagne. Mais ces premières tentatives n'eurent que peu d'influnce et il faut attendre l'apparition du livre de Reisinger pour voir l'opération nouvelle acceptée par la majorité des médecins allemands. Dans cet ouvrage se trouvent exposés et discutés d'une façon sage et impartiale les faits acquis à la science à cette époque. Dès lors, on cherche à préciser les indications et à perfectionner un peu les procédés employés. L'influence de Reisinger fut si grande que plusieurs adversaires devinrent de zélés défenseurs de l'accouchement provoqué, fait qui contraste avec l'oppo-

sition systématique et passionnée de l'école de Baudelocque à la même époque, en France.

De l'Allemagne, l'accouchement prématuré artificiel s'étendit au reste du continent : il trouva en Hollande des partisans nombreux. Indiqué dans ce pays par Deventer, il fut pratiqué pour la première fois par Salomon de Leyde et employé ensuite par de nombreux accoucheurs hollandais. Vellenbergh, élève de Gardien, ne craignit pas de s'écarter des idées de son maître et provoqua avec succès l'accouchement prématuré dans les cas de rétrécissement du bassin ; c'est pour poser plus nettement les indications de cette opération qu'il imagina un pelvimètre spécial.

En Italie, Lovati, Billi et Ferrario obtinrent des succès éclatants. En 1829, Ferrario publia six observations dues au professeur Lovati, intéressantes par ce fait que, sur six femmes, aucune ne succomba, et que sur six enfants, un seul mourut, asphyxié par des circulaires du cordon autour du cou. A leur suite, les médecins italiens firent de l'accouchement provoqué une opération de pratique courante.

Tandis que chez nos voisins l'accouchement provoqué n'avait trouvé qu'une opposition légère, en France, les accoucheurs de l'époque lui firent une guerre acharnée. En Angleterre, en Allemagne, ceux qui le rejetaient alléguaient l'incertitude des indications et la difficulté de l'opération.

Chez nous, en 1779, Roussel de Vauzesmes proposait, dans sa dissertation « De sectione symphyseos ossa pubi admittenda », la provocation de l'accouchement au septième ou au huitième mois de la grossesse dans les cas

où l'un des diamètres antéro-postérieur du bassin avait moins de 3 pouce et demi. Il attribuait à Le Vacher de la Feutrie l'idée de cette intervention.

Sue, dans ses Essais historiques, littéraires et critiques sur l'art des accouchements, prétendit que bien longtemps avant, A. Petit « avait conseillé et fait provoquer l'accouchement dans les cas de difformité aux os du bassin » ; Sue ne décrit pas le procédé de Petit.

Ainsi, déjà à cette époque, on parlait en France d'accouchement prématuré artificiel, mais de façon discrète ; on hésitait au point de vue moral. « Il aurait fallu que les casuistes et les théologiens eussent décidé s'il est permis d'accélérer par l'art une fonction à laquelle la nature assigne un terme fixe et si l'on peut courir les risques de la vie incertaine de l'enfant pour assurer celle de la mère. » Quelques années après, Lauverjat, dans sa « Nouvelle méthode de l'opération césarienne », dit quelques mots au sujet de la provocation de l'accouchement et conclut ainsi : « Ce moyen, dont il serait criminel d'abuser, ne doit pas être absolument rejeté, parce qu'il pourra, dans certaines circonstances, conserver la mère et les enfants dont la vie serait compromise ». On voit avec quelle timidité les médecins de cette époque parlaient de l'accouchement provoqué et combien cette opération eut d'assauts à subir. Le coup décisif lui fut porté par Baudelocque et son école. Il prétendait qu'une des grandes difficultés de l'accouchement était de déterminer la date de la grossesse ; mettant en doute la bonne foi des femmes, il semblerait, dans cette détermination, ne vouloir se servir comme guide que de la suppression des règles, sans tenir compte des autres signes de la grossesse. Il est évident que l'on ne doit pas se fier aux

dires de la femme, mais un examen méthodique finit par mettre sur la voie.

Baudelocque fait ensuite le parallèle entre l'accouchement prématuré spontané et celui qu'on provoquerait à la même époque de la grossesse. Pour lui, chez les femmes qui accouchent spontanément avant terme, l'état du col est le même que chez la femme arrivée au terme de sa grossesse. Le travail s'effectue identiquement et les phénomènes physiologiques en sont les mêmes. Tout ce qu'il vient d'accorder à l'accouchement prématuré spontané, Baudelocque le retire aux femmes dont la mauvaise conformation rend l'accouchement impossible au terme de neuf mois. Il est étonnant de trouver une assertion pareille dans la bouche d'un accoucheur aussi distingué, alors que l'observation démontre qu'il n'y a aucune différence à ce sujet entre les femmes atteintes de viciation pelvienne et les femmes normales.

Les arguments de Baudelocque n'ont pas de valeur bien grande. Les informations lui manquaient-elles ? Voulait-il défendre la césarienne, qui commençait à n'avoir plus autant de vogue ? Peu importe, Baudelocque n'admet qu'une indication de l'accouchement prématuré : c'est celle de l'hémorragie abondante mettant les jours de la femme en danger ; il semble ainsi confondre cette opération avec l'accouchement « forcé » qu'avaient préconisé bien avant Louise Bourgeois et Guillemeau. A la suite de son article sur l'accouchement prématuré, Baudelocque expose à l'appui de son argumentation deux observations, analysées et discutées dans la thèse de Lacour, en 1844. Dans la première, Baudelocque n'a pas provoqué l'accouchement au moment voulu, ayant attendu le huitième mois, alors que le bassin avait à peine 7 centimètres. Dans la seconde, il a opéré dans les conditions les plus défa-

vorables, ayant affaire à un bassin trop rétréci. Nous pensons que l'époque troublée à laquelle vivait ce Maître l'a empêché d'être mis au courant des écrits et des découvertes de nos voisins.

Ses élèves continuent l'opposition systématique à l'accouchement provoqué ; pourtant, à leur époque, les relations internationales avaient repris leur cours, et malgré ce, ils restèrent volontairement étrangers aux travaux qui s'accomplissaient en Angleterre et en Allemagne. Baudelocque n'avait rejeté l'accouchement provoqué qu'en s'appuyant sur les faits scientifiques ; les médecins légistes s'emparèrent de la question. Capuron traita l'accouchement provoqué « d'attentat envers les lois humaines et divines ». Non content de compliquer la question, en faisant intervenir dans la discussion la médecine légale, il nie que les choses se passent identiquement dans l'accouchement prématuré spontané et l'expulsion provoquée.

«Où est donc l'analogie, dit-il, la parité entre l'accouchement naturel et l'accouchement forcé ou l'avortement. On a beau dire, on a beau faire, l'art n'imitera pas la nature à cet égard et quelques précautions qu'on prenne, on n'excitera jamais, par des secours extraordinaires, la matrice à se débarraser du produit de la conception sans exposer la mère et l'enfant aux plus grands périls. Il est de fait que parmi les femmes qui avortent à sept ou huit mois par l'effet d'une violence quelconque, il n'y en a pas qui se sauvent ou qui ne courent de grands dangers. »

On voit par ces quelques lignes que leur auteur confond à la fois accouchement provoqué et avortement ; questions que Baudelocque avait pourtant bien distinguées. Trois années plus tard, paraît la troisième édition du livre de Gardien : le Traité complet d'accouchements ; cet auteur reprend les mêmes arguments que Baudeloc-

que, il essaye de trouver les raisons de la mort fréquente de l'enfant dans cette opération, et il l'explique par l'écoulement des eaux, dont la « présence salutaire » n'intervient plus pour le protéger contre l'action immédiate de la matrice ; il succombe avant que la dilatation ne soit suffisante pour son passage. Pour la mère, elle meurt, dit-il, de péritonite, occasionnée soit par les médicaments « incendiaires absorbés », soit par une inflammation de matrice occasionnée par le travail contre-nature et les efforts faits pour ouvrir le col qui ne se trouve pas disposé « favorablement ». Ainsi, pour lui, la ponction de l'œuf ou la dilatation du col sont nuisibles, l'une au fœtus et l'autre à la mère. Il concède que si l'on n'employait pas des moyens aussi homicides, on pourrait faire accoucher prématurément la femme par l'emploi de bains multipliés administrés seuls par analogie avec ce qui se passe chez certaines femmes ayant avorté à la suite d'un usage immodéré des bains. Ce moyen doux de provoquer l'accouchement paraît avoir séduit Gardien, qui semblerait le préférer à la césarienne ou à la symphyséotomie.

Mme Boivin, dans son Mémorial, ne dit mot de l'accouchement prématuré ; elle pense que dans les bassins rétrécis, il y a tout à espérer de la réduction de volume de la tête fœtale, sous les efforts de l'expulsion ou même de la fracture des os du crâne. Laissant agir la nature seule, elle estime, avec Dubois, que dans ces sortes de cas l'on n'ait à regretter le parti que l'on a pris. Plus tard, dans sa traduction du livre de Ferrario sur l'accouchements provoqué, elle conclut « qu'un grand nombre de ces ruptures de membranes ont été faites sans nécessité et qu'elles n'ont pas toujours été innocentes pour la mère et pour l'enfant. »

Mme Lachapelle dit qu'elle n'a jamais employé ni vu

employer l'accouchement provoqué ; elle base son jugement sur les écrits de ses contemporains. Pour le juger, elle ne cite que les cas malheureux des auteurs anglais ; dans sa discusion, elle reprend les arguments de Baudelocque et de Gardien, puis conclut que l'accouchement provoqué ne sera permis à 7 mois que lorsque le bassin aura au moins 7 cm. 5 et « encore faudrait-il que la nature eût annoncé quelques dispositions à un avortement spontané. »

La question de l'accouchement provoqué n'avait pas fait de progrès en France, Baudelocque et ses élèves l'avaient rejeté ; les médecins légistes de Paris l'avaient combattu au nom de la morale et de la légalité. Tous ces savants n'avaient pas été convaincus par les articles que Fodéré, professeur à la Faculté de Strasbourg, lui avait consacré en 1813, dans son Traité de Médecine légale et en 1816, par son article « Police Médicale », du Dictionnaire des sciences médicales. Dans ces écrits, Fodéré concluait que l'accouchement prématuré artificiel est licite ; il essayait de montrer les avantages que l'on peut en retirer ; malheureusement, ses collègues de la Faculté de Paris étaient tellement imbus des idés de Baudelocque, que la voix de Fodéré ne fut pas écoutée. Bien au contraire, elle fut condamnée par l'Académie Royale de médecine, dans sa séance du 27 janvier 1827.

Costa, praticien à Paris, ayant eu l'occasion d'assister à un accouchement prématuré spontané chez une cardiaque, demanda à l'Académie si, dans des cas analogues, on ne pouvait pas provoquer l'accouchement dans l'intérêt de la mère et de l'enfant en supposant que celui-ci soit viable. L'Académie nomma une commission d'accoucheurs et de médecins légistes qui répondirent que « la question était inconvenante et qu'il n'existait aucun cas, ni de rétrécis-

sement du bassin, ni de convulsions, ni même d'implantation vicieuse du placenta sur le col qui put, dans l'état actuel de la science, autoriser la provocation d'un accouchement avant terme : qu'elle était immorale, que, d'ailleurs, on ne pouvait savoir quand le fœtus est viable et que cette sorte d'accouchement était toujours fatal à la mère et à l'enfant ».

Tandis qu'en France on rejetait cette opération, les accoucheurs allemands continuaient leurs recherches et les médecins de la Faculté de Strasbourg, prenant exemple sur eux, essayaient de faire passer dans la pratique cette méthode d'un usage courant en Allemagne. En 1829, Stolz, de Strasbourg, se montra partisan des idées déjà émises par Fodéré sur la provocation de l'accouchement avant terme : il en décrivit, dans son cours, le manuel opératoire, et imagina un instrument pour faire la ponction de l'œuf. En 1830, il fit soutenir par son élève Burkhardt, une thèse où se trouvent l'historique de cette opération, les procédés opératoires de la ponction des membranes et de l'éponge préparée, et enfin il essaye d'en préciser les indications. Cette thèse, introduisant à la Faculté une opération nouvelle censurée par l'Académie, produisit un revirement d'idées en France ; connaissant mieux les faits, les médecins de l'époque changèrent rapidement d'opinion. Orfila, qui avait suivi les errements de Capuron, n'hésita pas à revenir franchement sur sa première décision.

Ici se termine la première période de l'histoire de l'accouchement provoqué ; nous avons vu l'idée esquissée en France par Puzos, mise à profit par les auteurs anglais, puis perfectionnée par les auteurs allemands.

Soixante-dix ans après être sorti de France, l'accouchement prématuré artificiel y rentre à nouveau après avoir soulevé dans le monde médical les plus vives controverses.

Après la thèse de Burckardt, l'opinion n'est plus faite d'avance ; on accepte la discussion ; Stolz pratique secrètement l'opération et réussit. Décidé à faire reviser la sentence prononcée par l'Académie de Médecine en 1827, il lui adresse, en 1833, une communication dans laquelle il relate l'histoire d'une femme rachitique qui, ayant eu deux grossesses antérieures avec enfant mort, était venue le consulter pour une troisième grossesse ; il avait pratiqué l'accouchement à 7 mois et demi et remporté un succès complet. L'Académie nomma une commission et son rapporteur, F. Dubois, se prononça ouvertement en faveur de la provocation de l'accouchement. En 1834, F. Dubois écrit sa thèse de concours sur ce sujet : « Dans les différents cas d'étroitesse du bassin, que convient-il de faire ? » Si la femme est primipare, il conseille de laisser la grossesse aller à terme et de régler sa conduite ultérieure sur ce premier accouchement. Chez une multipare, si les accouchements antérieurs ont été laborieux, n'ont amené qu'un fœtus mort et mis la mère en danger, le petit diamètre mesurant 2 pouces 9 lignes (72 mm.) alors il faudra recourir à l'accouchement prématuré provoqué. Pour justifier son opinion, Dubois cite deux cas d'accouchement prématuré spontané de Smellie, le cas de Fodéré, le cas de Merriman, et conclut : « Les cas cités suffisent bien pour démontrer une vérité que la raison seule devait faire pressentir : c'est que l'accouchement avant terme est favorable aux femmes dont le bassin déformé ne peut être

traversé par un fœtus parvenu au terme de son développement qu'après de très grandes difficultés et qu'après que celui-ci a succombé à la longueur du travail ou aux opérations qui ont été jugées indispensables pour l'extraire. » Il étudie ensuite les diamètres de la tête fœtale dans les derniers mois de la grossesse. Ses conclusions sont que les différences des diamètres de la tête fœtale entre sept, huit et neuf mois, sont suffisantes pour expliquer la possibilité de son passage à travers le bassin rétréci au septième ou au huitième mois et l'impossibilité quand le développement est achevé. Et, dit-il, « remarquez que je ne parle ici que du volume ; il serait nécessaire de tenir compte aussi de la différence sous le rapport de la réductibilité. »

Son étude comprend une statistique : il donne six cas de mort de la femme sur 127 opérations. Pour les enfants, leur survie fut des 2/3. Il est évident que ce dernier résultat n'est pas brillant. Pour l'époque, il était excellent, et, reprenant la conclusion de l'article du Dictionnaire de Médecine sur l'accouchement prématuré artificiel, il ajoute : « Y a-t-il une autre opération indiquée par un tel rétrécissement qui aurait offert un aussi beau résultat ? »

Peu à peu, les répugnances tendent à disparaître ; Velpeau, dans son Traité complet de l'art des accouchements, se déclare franchement partisan de l'opération nouvelle. Il l'admet non seulement dans le cas de bassins viciés, mais dans tous les cas où la grossesse se prolongeant met en danger la vie de la mère et celle du fœtus. « Espérons, dit-il, que cette doctrine éclairée maintenant par ce qui a été publié sera bientôt universellement adoptée parmi nous comme elle l'est en Angleterre, en Allemagne et en Italie depuis plusieurs années. » A partir de ce moment, la provocation de l'accouchement est tentée avec

succès par Villeneuve, de Marseille, qui imagine même un mandrin spécial pour percer les membranes. Cazeau et Moreau l'admettent ; Nichet, de Lyon, et Paul Dubois le pratiquent tous deux avec succès en 1840. En 1844, Latour écrit sa thèse sur l'accouchement prématuré provoqué, thèse complète pour l'époque donnant les indications, les contre-indications de l'opération et faisant surtout ressortir la moralité de cette intervention. Malgré ce, l'opinion n'était pas bien faite en France, car en 1846, douze ans après la thèse de Dubois, on ne compte que neuf cas d'accouchement provoqué, dont cinq de Stolz. Jacquemier, reprend la question, la met au point et indique les limites dans lesquelles l'opération doit être faite pour avoir les plus grandes chances de réussite. Il pose les indications par rapport au bassin, mais il ne s'occupe pas de l'époque à laquelle on doit provoquer l'accouchement ; il expose la difficulté de cette détermination et reproduit simplement le tableau de Ritgen. Devant l'impossibilité de mesurer avec exactitude les diamètres du bassin, devant l'erreur courante causée par l'estimation de l'âge de la grossese, Jacquemier, dans le but de ne pas provoquer trop tôt l'accouchement et pour ne pas avoir des accouchements « par trop prématurés » (ce qui sera l'objection future des accoucheurs), conseille « que les déterminations soient fondées sur des calculs tels, que l'accouchement ne soit provoqué qu'à une époque que nous jugeons intermédiaire entre le septième mois et demi et le huitième, c'est-à-dire vers la trente-cinquième semaine ». Quant aux difficultés dues à l'état du col chez les primipares, elles ne sont pas une contre-indication à l'opération, pas plus que les présentations autres que celles du sommet.

Pour provoquer l'accouchement, on n'employait encore à cette époque que les deux procédés primitifs : celui de

Macaulay, qui consistait à faire la rupture des membranes à travers l'orifice du col et celui préconisé par Klüge en 1826 : dilatation et excitation de l'utérus par des éponges préparées et introduites dans le col. Devant les ennuis que donnait l'évacuation brusque du liquide amniotique, on essaya de faire la ponction élevée des membranes. Meissner imagina un trocart spécial permettant leur ponction au-dessus du col pour laisser le liquide amniotique ne sortir qu'en partie, lentement, et en conserver ainsi le plus possible dans la cavité de l'œuf.

Nous sommes à cette époque dans une période active de recherches, de perfectionnements ; chaque année voit apparaître un procédé ou une instrumentation nouvelle.

En même temps que se pratiquaient les méthodes nouvelles, on pouvait comparer leurs résultats respectifs. Certains procédés qui avaient été préconisés firent leur temps et disparurent. La provocation du travail, par absorption de médicaments plus ou moins efficaces, proposée par Bongiovanni, disparaît ; cet auteur avait introduit dans la thérapeutique l'emploi de l'ergot de seigle ; après des essais malheureux, il fut obligé de revenir à la ponction des membranes.

Friederich, en 1839, avait indiqué la mise en jeu de la contraction utérine par voie réflexe en appliquant sur le sein des vésicatoires volants. Moyen très douloureux et incertain qui fut bientôt rejeté.

C'est surtout en Allemagne que le perfectionnement dans la technique s'effectue. En 1842, Schœller, ayant assisté à un tamponnement fait par Dubois pour hémorragie grave, remarquant que l'utérus était entré en contraction et s'était débarrassé du fœtus, proposa de provoquer l'accouchement par ce moyen. Malheureusement, son procédé était douloureux et très souvent infidèle. Quelques

années après, C. Braun, de Vienne, est d'avis de remplacer le tampon de charpie de Schœller et la vessie animale que Hüter, puis Busch avaient indiqués, par une poche de caoutchouc mise au contact du col. Stolz se servit du colpeurynter de Braun. Cet instrument lui fut surtout utile dans les cas d'accouchement prématuré pour maladie de la femme, mais il se montra insuffisant dans les rétrécissements du bassin.

En 1846, Kiwisch, de Wurtzbourg, ayant involontairement provoqué l'avortement chez une femme malade en lui ordonnant des injections vaginales, eut l'idée que ce moyen pourrait être employé pour provoquer l'accouchement prématuré. Il imagina un appareil à injection pouvant contenir 25 litres d'eau, fixé à une hauteur de deux mètres. Dubois perfectionna l'instrumentation de Kiwisch en remplaçant son récipient par un irrigateur Eguisier de grande capacité. Stolz employa dans le même but une simple pompe de jardin pour graduer à volonté la force d'impulsion du liquide.

Cette méthode qui avait pour elle sa très grande simplicité, fut adoptée un peu partout, mais en 1860, Depaul dut à son emploi la mort d'une de ses malades. Il communiqua à la Société de chirurgie, l'observation d'un cas de mort subite, survenue pendant qu'il administrait lui-même une douche. Tarnier, chef de clinique de Dubois, assista à des accidents identiques ; pareils ennuis arrivèrent également à Salomon, puis à Blot.

Devant ces mécomptes, Tarnier chercha à provoquer l'accouchement en introduisant un corps étranger entre les parois utérines et l'œuf. L'idée n'était pas nouvelle, déjà en 1800, Hamilton avait proposé de forcer le col avec le doigt, de franchir l'orifice interne et de décoller les membranes dans une aussi grande étendue que possi-

ble. Cet auteur avait remarqué que l'œuf, une fois décollé des parois utérines, était rapidement expulsé. Ce procédé un peu violent, fut bientôt abandonné. Campbell, en 1853, reprennant l'idée d'Hamilton, propose de remplacer le doigt par un instrument plus facile à introduire, une sonde élastique par exemple. Lehmann préconise le cathétérisme répété du col utérin, jusqu'à établissement du travail. La même année, Cohen, accoucheur à Hambourg, publie 6 cas de réussite avec un procédé qu'il avait imaginé en 1846 : injection d'un liquide légèrement irritant, entre les membranes et l'utérus. Il employait l'eau de goudron. Des accidents identiques à ceux qu'avait occasionné la douche de Kiwisch furent relatés, le procédé tomba bientôt dans l'oubli.

En 1855, revenant à l'idée de Campbell et de Lehmann, Krause propose l'introduction dans l'utérus d'une sonde flexible qui décolle les membranes et de l'y laisser à demeure ; la sonde faisant corps étranger, excite les contractions utérines.

Ce procédé a pour lui un immense avantage : sa simplicité, il est toujours facile de se procurer une bougie pleine en gomme de 6 à 7 millimètres de diamètre (n° 21 à 27, filière Charrière), aussi a-t-il joui pendant longtemps d'une faveur méritée. Et pourtant malgré cet immense avantage ce procédé avait des inconvénients, le premier, celui de la perforation involontaire de l'œuf, d'où issue du liquide amniotique et on se retrouvait dans les conditions du procédé primitif de la ponction de l'œuf avec tous ses ennuis. Le travail est, en général, assez long à se produire et quelques accoucheurs ont accusé le procédé de Krause, de déterminer l'accouchement en produisant l'infection, nécessitant ainsi l'évacuation rapide de l'utérus par dilatation artificielle du col.

Nous venons de faire un exposé rapide des diverses méthodes de provocation de l'accouchement, chacune d'elles avait paru apporter au problème une solution satisfaisante. On avait modifié les techniques, modifié l'instrumentation, fixé avec soin les avantages de chaque procédé ; le dernier en date, paraissait donner quelque espérance et nous avons vu rapidement indiqués les reproches qu'on pouvait lui adresser. Tarnier, à la suite des mécomptes survenus par l'emploi des douches de Kiwisch, imagina un nouvel appareil qu'il appela le « dilatateur intra-utérin » et qu'il expérimenta pour la première fois en 1862. Son procédé consiste à introduire, au-dessus de l'orifice interne, un tube de caoutchouc du volume d'une plume d'oie, qui se gonfle à son extrémité utérine et forme une vessie de la grosseur d'une noix, quand on y pousse une injection. Cet appareil est laissé en place jusqu'à ce qu'il soit expulsé par les contractions utérines (1) ; il agit tout d'abord comme excitateur, puis bientôt comme dilatateur ; cette dernière action, cessant lorsque la dilatation, étant suffisante, les contractions utérines rejettent le ballon à travers le col.

L'instrumentation de Tarnier est simple, une tige-mandrin et une sonde.

L'introduction de l'appareil est aussi facile que dans le procédé de Krause, il faut simplement opérer avec une grande douceur. On remplit l'appareil à l'aide d'une seringue, 50 centimètres cubes suffisent pour faire acquérir à la vessie de caoutchouc le volume voulu. Le reproche que l'on peut adresser à cet appareil est que, lors de l'expulsion du ballon dans le vagin, il arrive parfois que le tra-

---

(1) Tarnier et Sée. Atlas complémentaire à tous les traités d'accouchement, Paris, 1865, p 301.

vail commencé s'arrête et même rétrocède. On est alors obligé de procéder à une nouvelle introduction qui peut aboutir au même résultat. Tarnier pour obvier à cet inconvénient, conseille d'associer son procédé à celui qu'un auteur anglais, Barnes, avait proposé la même année.

La méthode de Barnes est un procédé de dilatation du col à l'aide de petits sacs en caoutchouc en forme de violon. Un auteur allemand avait déjà proposé dans ce but, un appareil qu'il avait appelé « Spheno-siphon ». C'était un procédé de dilatation lente du col, par un sac de peau recouvrant une canule à travers laquelle on faisait pénétrer doucement une certaine quantité de liquide. A l'aide de la seringue, adaptée à l'extrémité de la canule, la quantité de liquide injecté pouvait être augmentée chaque jour. Cet appareil était gênant pour la malade qui se trouvait condamnée à une immobilité absolue pendant deux ou trois jours.

En 1863, Barnes écrit son mémoire: De la nouvelle méthode de provoquer l'accouchement prématuré à une heure déterminée. « Toutes les méthodes de provoquer l'accouchement sont très incertaines, vu le temps qu'elles mettent à produire le résultat que l'on a en vue..... En adoptant cette nouvelle méthode, le médecin peut prendre des engagements à quelque distance que ce soit de son domicile et en une seule séance finir son opération, faite avec le contrôle entier de l'opérateur qui n'est plus l'esclave des circonstances et n'a pas à attendre avec anxiété les efforts de la nature. » (Barnes).

La méthode du docteur Barnes venait remplacer les dilatateurs métalliques de Busch et de Mende. Ses ballons ont une forme de violon pour éviter leur descente dans le vagin ; ils sont au nombre de trois, de dimension croissante ; on commençait par introduire le plus petit, puis à

mesure que le col se dilatait, on le remplaçait par un autre d'un diamètre supérieur.

Quand le dernier ballon avait été expulsé, le col se trouvait assez dilaté pour que l'on put terminer l'accouchement par la version.

Nous avons vu successivement les différents procédés, mais nous n'avons pa encoré essayé de nous rendre compte des résultats obtenus à cette époque, par la nouvelle opération. Prenant les statistiques publiées en 1861, par Frontera dans sa thèse, nous voyons que l'accouchement prématuré avait alors un avantage inconstesté sur l'opération césarienne, il n'y a d'ailleurs qu'à consulter les chiffres ci-dessous pour s'en rendre compte.

Velpeau (Kilian), en 1845, dans son traité d'accouchements, donne :

Accouchement provoqué	*Césarienne*
161 cas	265 cas
Mortalité fœtale = 88 = 55 o/o.	Mortalité fœt. = 29 sur 96 indiq. = 30,2 o/o
— maternelle = 8 = 5 o/o.	— maternelle = 147 = 55 o/o.

Clauzure fils (d'Angoulême), a pu réunir, en 1850 :

Accouchement provoqué	*Césarienne*
280 cas	790 cas
Mortalité maternelle 2 = 0,71 o/o.	Mortalité maternelle = 424 = 53,67 o/o.
— fœtale 114 = 40,71 o/o.	— fœtale = 714 = 90,38 o/o.

Ces deux statistiques montrent à cette époque l'avantage incontestable de l'accouchement prématuré artificiel sur la césarienne. La mortalité fœtale y est aussi moins forte. Ces résultats expliquent l'activité des accoucheurs pour trouver des procédés de provocation du travail de plus en plus perfectionnés.

L'accouchement prématuré artificiel qui était ainsi rentré dans les idées et les livres, était aussi passé dans les habitudes. On s'était efforcé de perfectionner les méthodes

de provocation du travail, les indications avaient été précisées, les retrécissements du bassin mesurés aussi exactement que possible, les résultats s'améliorèrent. Mais il manquait encore à la méthode, l'antisepsie ; en effet, par les cathéters, les douches utérines, l'éponge préparée, les germes infectieux étaient portés directement dans l'utérus. C'était l'époque de la fièvre puerpérale, et les femmes chez lesquelles on provoquait l'accouchement étaient les victimes désignées de la maladie. En 1869, au moment où allait s'ouvrir la période antiseptique, Stanesco a réuni 46 cas d'accouchements prématurés provoqués. Sur ces 46 cas, 11 femmes et 23 enfants moururent, ce qui donne une mortalité maternelle de 30 0/0 et une mortalité fœtale de 50 0/0.

Mais quand l'antisepsie régna partout et surtout en obstétrique, à la suite des travaux de Tarnier, alors que des instruments propres furent mis en contact avec l'orifice utérin et grâce à la perfection des méthodes, la mortalité maternelle fut considérablement réduite.

L'accouchement prématuré artificiel ne fut pas seul à tirer profit de l'antisepsie. Toute la chirurgie prit du coup un nouvel essor, la péritonite ne fut plus la conséquence presque fatale des interventions abdominales,et l'opération césarienne sortit de l'oubli dans lequel on l'avait laissée, elle fut tentée à nouveau dans des limites assez étendues.

Corradi, en 1877, dans son livre de l'Obstétrique en Italie, donne 158 cas d'opération césarienne ; sur ce nombre 106 femmes succombèrent, soit une mortalité maternelle de 64 0/0 et 24 enfants moururent, soit une mortalité fœtale de 15,2 0/0. Mais ce fut surtout l'opération césarienne, modifiée par Porro, que l'on entreprit volontiers. Le 9 mars 1880, Lucas Championnière communiquait à l'Aca-

démie de médecine les observations de quatre opérations de Porro avec deux succès pour la mère et quatre enfants sauvés.

Le mouvement en faveur de la césarienne devient général, Harris, en 1880, publie l'histoire de 50 opérations de Porro avec 42 0/0 de succès pour les mères et 86 0/0 pour les enfants. Le 17 janvier 1885, parait la statistique de Clément Godson de 152 opérations de Porro, sur le nombre, 86 femmes moururent, soit une mortalité de 57,75 0/0.

C'est surtout en Allemagne qu'on s'efforçait d'améliorer les résultats de l'opération césarienne en apportant des modifications au manuel opératoire. Trois hommes surtout y travaillent : Franck, Kehrer et Sänger ; 17 cas d'opération césarienne sont relatés dans les archives de Tokologie 1886. Sur ces 17 cas, il y eut 13 succès pour la mère, soit 23,4 0/0 de mortalité. Il n'y eut pas de mortalité d'enfants, soit 100 0/0 de sauvés. Cette statistique était encourageante ; aussi l'opération césarienne commençait bientôt à empiéter sur le domaine des autres opérations obstétricales.

Pourtant Doleris, au Congrès de Washington de 1887, donne les conclusions suivantes : « L'opération césarienne est une opération de nécessité..... Le sentimentalisme n'a rien à voir avec les faits et les chiffres ; ceux-ci donnent une mortalité de 1/8, soit 12 0/0, et les pires une mortalité de 6/7, soit une mortalité de 85.7 0/0. La mortalité de la craniotomie n'approche pas et n'approchera jamais de pareils chiffres, donc tant qu'elle sera praticable sans danger pour la mère, il faudra la préférer. »

En 1888, Léopold publie 23 cas de césarienne avec 2 morts maternelles, soit une mortalité de 3,6 0/0 et une survie de 20 enfants, donnant une mortalité de 13 0/0.

Mais tandis que les diverses opérations obstétricales prenaient, grâce à l'antisepsie, un avantage de plus en plus grand, l'accouchement prématuré artificiel n'était pas abandonné pour autant, et Caruso en 1888, après une statistique d'opérations césariennes, arrive à cette conclusion, qu'il était rationnel que l'opération césarienne remplaçât dans les bassins de 5 cm 5 à 7 centimètres la craniotomie, dont la mortalité maternelle était de 6,9 0/0 d'après Wyder et de 2,7 0/0 seulement d'après Korn ; mais que l'accouchement prématuré donnant pour les femmes une mortalité presque nulle et 61 0/0 d'enfants survivants, était une excellente opération, qui, moins dangereuse pour la mère et presque aussi avantageuse pour l'enfant devait, dans la majorité des cas, être préférée à l'opération césarienne. » (1)

En 1888, Champetier de Ribes publiait dans les Annales de gynécologie, un mémoire sur l'accouchement provoqué et il présentait un nouveau ballon de forme conique destiné à « dilater le canal génital », cet appareil avait sur celui de Tarnier que Pajot avait aussi modifié, l'avantage de rester au-dessus du col, jusqu'à la dilatation complète et de plus, de préparer le périnée au passage du fœtus, c'était une dilatation préfœtale du canal génital. Le volume du ballon transformait l'opération en un accouchement gémellaire dans lequel le premier fœtus était réduit à la tête. Ce nouvel appareil eut, sur ceux qui l'avaient précédé, l'avantage de provoquer plus rapidement le travail et de le provoquer plus sûrement. La durée moyenne qui était de 50 heures pour la sonde de Krause ; de 29 heures avec le ballon de Tarnier, était abaissée à 19 heures avec celui de Champetier de Ribes.

---

(1) Rolet. Thèse Paris 1896.

Au point de vue de la mortalité fœtale, le résultat était aussi bon ; tandis qu'avec la sonde de Krause, elle atteignait 37 0/0, avec les ballons de Tarnier ou de Champetier, elle était réduite à 0. Le ballon de Champetier a pourtant un inconvénient, celui de déplacer la présentation et parfois même de lui substituer une présentation rendant l'accouchement plus difficile.

L'accouchement prématuré artificiel était ainsi arrivé à se maintenir malgré l'apparition de l'antisepsie et son introduction en obstétrique. Il restait pourtant contre lui un grief : il n'était plus possible, lorsque la femme arrivait trop tard. Pendant la grossesse, on pouvait à loisir chercher le moment favorable, poser les indications, mais que faire lorsqu'une malheureuse venait trouver son médecin au début du travail ?

A cette époque, les résultats de la césarienne n'étaient pas brillants, quant à la vie de la mère. Devant un rétrécissement du bassin, rendant impossible l'accouchement spontané, l'opérateur se voyait obligé, après l'attente angoissante d'un résultat heureux, de recourir à la perforation sur l'enfant vivant, véritable cauchemar, selon Pinard.

Il fallait trouver un moyen de conserver la mère et l'enfant. L'Ecole Italienne avait donné asile à la symphyséotomie que Sigault avait pratiqué pour la première fois en France, et que l'on avait ensuite rejeté malgré les travaux de Murat, de Désormeaux et de Velpeau. Cette opération que les succès grandissants de l'accouchement provoqué avaient fait oublier, allait reparaître et grâce aux progrès de la technique, grâce aussi à l'antisepsie, devait faire reculer l'accouchement provoqué et prendre sa revanche. Nous arrivons à la troisième période, la période de déclin relatif pour l'accou-

chement prématuré. Avant de l'aborder, nous allons essayer de voir les progrès réalisés jusqu'en 1891, date de la réapparition, en France, de la symphyséotomie.

Nous avons vu les progrès réalisés par l'opération césarienne avec l'apparition de l'antisepsie ; la symphyséotomie de son côté allait bénéficier de la nouvelle méthode. Déjà en 1863 Morisani disait :

1° Que la symphyséotomie est une opération qui doit rester dans la pratique obstétricale ;

2° Que la section de la symphyse donne une augmentation de 5 à 6 lignes ;

3 Que les diamètres obliques et transverses gagnent en longueur plus que l'antéro-postérieur.

4° Que la symphyséotomie est indiquée dans le cas où le diamètre est plus petit que 2 pouces 3/4 (75 mm.).

5° Quand on compare la symphyséotomie à l'embryotomie, tout concourt à donner la supériorité à la première

6° Dans le cas de rétrécissement pelvien et suivant les limites indiquées plus haut, il faut y avoir recours sans retard, après une expectation raisonnable et une ou deux tentatives de forceps.

7° Le degré de rétrécissement peut être mesuré avec une certitude telle qu'il est possible d'établir l'indication précise de la symphyséotomie.

8° D'après la fréquence et la régularité des bruits du cœur fœtal, si l'on peut affirmer que le fœtus est en vie, il n'y a pas à hésiter : « Coupez en toute assurance le symphyse du pubis, parce que ce n'est pas pour la mère une opération dangereuse. »

Puis, de 1863 à 1881, Morisani fait des conférences. En 1877, Corradi, dans son livre, publie l'observation de 24 cas de symphyséotomies pratiquées en Italie, dans une

période comprise entre 1807 et 1858. La mortalité maternelle, pour ces cas, s'élevait à 30 0/0, la mortalité fœtale était à peu près égale.

En 1881, Morisani fait une communication au Congrès de Londres, et présente 30 cas de symphyséotomies pratiquées à Naples.

La mortalité maternelle n'était plus que de 20 0/0, la mortalité fœtale 18 0/0.

En 1886, au Congrès national d'obstétrique et gynécologie tenu à Rome, Morisani examine tous les cas de symphyséotomies pratiquées jusqu'alors, il apportait une statistique nouvelle allant de 1881 à 1886, cette dernière porte sur 18 cas : la mortalité maternelle fut de 44 0/0, la mortalité fœtale 27,77 0/0. Ce résultat peu brillant ne devait pas encourager les accoucheurs à suivre la voie de Morisani. En 1888, celui-ci fait à Naples une communication nouvelle, présente deux cas de symphyséotomie avec succès complet et conclut que :

1° La symphyséotomie doit avoir pour limite inférieure d'applicabilité 67 millimètres d'espace utile, quoiqu'à ce point là elle ne soit pas absolument innocente.

2° Le fœtus étant mort ou compromis dans sa vitalité, la symphyséotomie est une mauvaise opération.

La même année, Caruso publie un travail : « Contributo alla pratica della sinfisiotomia », où il donne le résultat de 20 cas de symphyséotomie. L'auteur estime « que la mort survenant à la suite de cette opération doit être attribuée au chirurgien et non à l'opération ».

En 1891, un élève de Morisani, Spinelli, venu à Paris, finit par convaincre Varnier, alors agrégé, qui fit partager ses idées nouvelles à ses maîtres Farabeuf et Pinard.

Tandis que tous les accoucheurs se préoccupaient du

problème de la nati-mortalité et essayaient de faire naître le plus grand nombre d'enfants vivants, d'autres esprits cherchaient à conserver le plus grand nombre de ces derniers dont la mortalité, pendant les premiers mois ou la première année était formidable. En 1866, un praticien de Paris, Caron, proposait de s'occuper davantage de l'enfance dans une brochure intitulée : « La puériculture ou science d'élever hygiéniquement et physiologiquement les enfants ». Ce livre apparaissait au bon moment de l'accouchement prématuré, alors que l'on cherchait par tous les moyens à avoir des enfants vivants. Cette voix ne fut pas écoutée. L'idée ne fut reprise que 8 ans plus tard, non plus par un médecin, mais par un philanthrope qui, en 1874, fit voter une loi pour protéger les enfants du premier âge.

Au point de vue scientifique, on avait remarqué depuis longtemps que les prématurés présentaient toujours un certain degré d'hypothermie. Dénucé, de Bordeaux, avait imaginé, dès 1854, de placer les enfants nés avant terme dans un berceau incubateur, à double paroi, dans lequel on maintenait l'eau à une certaine température.

Pour combattre leur hypothermie, Winckel, de Munich, avait recommandé l'emploi de l'enveloppement ouaté, des bains chauds, des frictions, ces procédés étaient insuffisants.

On proposa plus tard de placer les enfants dans une couveuse du même genre que la couveuse pour les œufs. Tarnier la simplifia, l'introduisit dans son service en 1881 et en indiqua le mode d'emploi. Les températures de 30° et même 32°, auxquelles étaient soumis les enfants, étaient trop élevées, il montra que 25° à 26° suffisaient. Pour ne pas faire respirer à l'enfant un air sec, il conseillait de placer dans les couveuses une éponge humide.

En 1883, Auvard consigna les résultats obtenus ; Tarnier les publia dans son cours. Avant la couveuse, les enfants pesant moins de 2 kilogrammes, mouraient dans une proportion de 66 0/0, avec l'emploi de la couveuse, la mortalité s'abaissait à 36 0/0. En 1884, Tarnier institue le gavage, les résultats s'améliorent encore, on les trouve réunis dans la thèse de De la Torre. Frappé des avantages qui résultaient de l'emploi de la couveuse et du gavage chez les enfants nés avant terme, on hésita moins à enlever aux fœtus le bénéfice de quelques semaines de vie intra-utérine, pour leur permettre un passage plus facile à travers le bassin vicié. Les interventions devinrent plus rares, du moins dans les bassins à rétrécissement moyen la mortalité fœtale en fut en même temps abaissée.

Tandis qu'en 1850, elle était de 40 0/0, en 1888, Léopold publiait une statistique où elle était tombée à 33 0/0. A cette époque, les résultats obtenus avec l'accouchement provoqué étaient supérieurs « à ceux de la craniotomie et de la césarienne. La première sacrifie l'enfant et donne une mortalité maternelle plus élevée, 5,6 0/0. Quant à la seconde, il est vrai qu'elle conserve la vie à 87 0/0 des enfants, mais la différence entre ce chiffre et celui de 60 0/0 pour l'accouchement prématuré artificiel, n'est pas assez considérable pour compenser la plus grande mortalité maternelle de l'opération césarienne qui est environ 8 0/0. » (Dohrn).

Pour abaisser encore la mortalité des enfants du premier âge, on rechercha la cause de leur mort. On perfectionna leur mode d'alimentation. Soxhlet, en 1889, découvrit un moyen pratique de stériliser le lait ; en 1890, Hergot fondait, à Nancy, l'Œuvre de la Maternité pour venir en aide aux mères. Tous ces progrès, toutes ces découvertes et institutions nouvelles tendaient à obtenir une

survie plus grande des enfants. De leur côté, les accoucheurs cherchaient à en faire naître le plus possible ; on se passionnait dans le perfctionnement des procédés employés.

Toutes ces idées allaient passer au second plan, pour quelque temps ; la symphyséotomie entrait à nouveau en France ; elle paraissait pleine d'espérances. Les esprits se portèrent alors vers l'opération nouvelle qui allait peu à peu éclipser l'accouchement provoqué. Nous arrivons enfin à la troisième période de l'Histoire de l'accouchement prématuré artificiel.

Tandis qu'en Allemagne, l'accouchement prématuré tenait la première place parmi les opérations obstétricales, en France ses succès étaient aussi remarquables. En février 1891 parut une statistique de Pinard (1), portant sur 100 cas d'accouchement artificiel.

De ces 100 femmes, une était morte de septicémie, mais elle avait été touchée par sept personnes différentes et avait subi la délivrance artificielle. Sur les 100 enfants, 17 étaient mort nés, 16 moururent avant leur sortie du service, ce qui donna une mortalité brute pour les enfants de 33 0/0.

En examinant cette statistique, on voit que 9 fois il y eut basiotripsie et 8 fois application de forceps ; l'accouchement prématuré ne pourrait être incriminé ; au contraire, il avait facilité ces interventions en les permettant sur des fœtus de moindre volume. Seule, l'opération césarienne avec ses risques pour la mère pouvait donner de meilleurs résultats au point de vue du fœtus. Parmi les enfants n'ayant pas survécu, on voit que quatre fois il y eut présentation du siège ; une fois le travail se prolongea pendant 51 heures et demie, une autre fois il y eut procidence du cordon et enfin un des nouveaux nés mourut d'érysipèle.

Cette statistique, avec une mortalité fœtale déjà satisfaisante, pouvait être considérée comme une série malheu-

(1) Pinard, 1891. Annales Gynécologie, tom. I, p. 1.

reuse, et cette mortalité n'était pas regardée comme définitive. Dans ces deux articles, Pinard étudie la question de l'accouchement prématuré artificiel en détail et termine par ces mots : « c'est en opérant ainsi que l'accouchement provoqué donnera le maximum de ce qu'il peut donner, c'est-à-dire, le succès complet dans la pluralité des cas.

La même année, Oui, publie, dans les annales de Gynécologie et d'obstétrique, une étude sur les différentes méthodes de provoquer l'accouchement.

Après ces travaux, l'accouchement prématuré va subir une éclipse momentanée ; nombre de médecins se demandent s'il ne vaut pas mieux faire courir aux mères les chances de l'opération grave à terme et essayer d'avoir un plus grand nombre d'enfants vivants. La symphyséotomie qui avait profité de la longue pratique de Morisani fut particulièrement étudiée en France. Sous l'impulsion de Varnier, Pinard et Farabeuf se mirent à l'œuvre ; ils vérifièrent les expériences déjà faites et s'assurèrent qu'à l'écart interpubien correspond un agrandissement proportionnel des diamètres du bassin. Ils arrivèrent à ces conclusions que : dans les bassins rachitiques à diamètres promonto-pubiens plus grand que 6 centimètres, l'agrandissement est plus grand que dans les bassins normaux et que l'écartement peut égaler 6 centimètres sans lésions des articulations sacro-iliaques.

En 1892, Pinard fait sa première leçon sur la symphyséotomie, il y parle encore de l'accouchement prématuré artificiel. A ce moment, la symphyséotomie devait dans son esprit faire disparaître la basiotripsie sur l'enfant vivant : « Serons-nous encore longtemps condamnés à ce supplice qu'il faut avoir enduré pour savoir ce qu'il est, de tuer des enfants bien portants ou de faire courir à la mère les dangers encore redoutables de l'opération césarienne.

J'espère que non, je crois que cette fatalité peut disparaître avec la symphyséotomie, qui, si je ne me trompe, deviendra le complément de l'accouchement prématuré dans bien des cas et se substituera à l'embryotomie et à l'opération césarienne dans bien d'autres, en ne laissant à celles-ci qu'un champ très restreint, où elles règneront sans partage. »

A ce moment, la symphyséotomie ne menaçait que la basiotripsie et l'opération césarienne. C'était également l'opinion de Morisani. Voici en effet ce qu'il pense à ce sujet (Annales de gynécologie et d'obstétrique, 1892) : « On ne peut plus aujourd'hui accepter certains parallèles entre la symphyséotomie et quelques autres opérations obstétricales. En effet, on ne peut pas comparer la section de la symphyse avec l'accouchement prématuré ; à vrai dire, l'accoucheur qui, en présence d'une femme dans le septième ou le huitième mois de sa grossesse et avec un rétrécissemnt du bassin, lui conseillerait d'attendre la fin de sa grossesse pour lui ouvrir la symphyse ferait de la mauvaise chirurgie. L'accouchement prématuré est un pareil cas préférable, si nous voulons écouter les suggestions de la science et de la conscience. » Puis, Morisani montre la supériorité de la symphyséotomie sur la basiotripsie quand l'enfant est vivant.

Spinelli, en janvier, avait publié une statistique portant sur 24 cas de symphyséotomie, avec 24 succès pour la mère et 23 pour l'enfant. L'Ecole Française n'était pas restée indifférente devant de pareils résultats. Le 7 décembre 1892, Pinard, faisant sa seconde leçon sur la symphyséotomie, apportait des faits. On avait pratiqué, cette année, 13 symphyséotomies à la Clinique Baudelocque. Sur les 10 enfants, 3 nouveaux-nés étaient morts ; pour les mères, le succès avait été complet. Examinant ce qui s'était fait à l'étranger dans cette année 1892, il conclut :

« Je ne crois pas être éloigné de la vérité en disant que cinquante symphyséotomies au moins ont été pratiquées en 1892, année qui pourra être appelée année de la renaissance de la symphyséotomie. » Pinard examine ensuite les rapports de la symphyséotomie avec les autres opérations obstétricale : « Quels sont et quels seront les rapports de la symphyséotomie avec les autres opérations obstétricales ? »

« Elle en aura de bons avec les unes, de fort mauvais avec les autres. Parmi ces dernières, je cite tout d'abord l'embryotomie pratiquée sur le fœtus vivant. Celle-là a vécu, nous sommes à jamais débarrassés de ce cauchemar.

« L'opération césarienne, suivie ou non de l'amputation utéro-ovarique, deviendra de plus en plus rare... Pour les rétrécissements du bassin, l'opération césarienne ne doit plus reconnaître comme indication, qu'une indication absolue. Si les rapports de la symphyséotomie avec l'embryotomie fœticide et l'opération césarienne sont faciles à délimiter, la tâche n'est pas encore aussi aisée quand il s'afit d'établir les rapports de la symphyséotomie, d'une part, avec l'accouchement provoqué ; d'autre part, avec les applications de forceps.

« Cependant, on peut dire, je crois, dès aujourd'hui, que la symphyséotomie est appelée à rendre un grand service à l'accouchement provoqué. Elle nous évitera de pratiquer désormais des accouchements provoqués par trop prématurés. La crainte de l'obstacle de la filière pelvienne ne hantera plus autant nos esprits et, sachant que nous avons la faculté, j'allais dire la facilité, d'agrandir la voie, nous attendrons avec calme que la vitalité du fœtus, que son aptitude à vivre de la vie extra-utérine soient certaines ».

La symphyséotomie, qui ne devait d'abord que supprimer la basiotripsie sur l'enfant vivant, semble dès ce

moment avoir quelques tendances à supplanter l'accouchement prématuré.

On la pratiquait de plus en plus ; dans le numéro d'avril des Annales de gynécologie, Varnier pouvait publier le bilan de la symphyséotomie renaissante au 31 mars 1893 ; celui-ci s'élevait à 124 cas ; la mortalité maternelle avait été de 12 femmes ; pour les enfants, 92 étaient vivants, suivant la statistique brute non expurgée.

Tandis qu'en France on se passionnait pour l'opération nouvelle, en Allemagne, où la césarienne comptait de nombreux partisans, on était moins séduit par la symphyséotomie. Au cinquième Congrès de la Société allemande de Gynécologie, les auteurs allemands donnèrent leur opinion.

Zweifel, de ses lectures et de son expérience personnelle sur la symphyséotomie, conclut :

« 1° Cette opération peut être appliquée avec succès à tous les cas de bassins viciés pour lesquels jusqu'à présent on a eu recours à la perforation de l'enfant vivant.

« 2° Au-dessous de 65 millimètres, lorsque l'enfant est vivant, l'opération césarienne conserve ses droits. »

Léopold est d'avis que la symphyséotomie doit avoir des indications strictement limitées entre 8 et 6 centimètres de diamètre de conjugué vrai ; et il ajoute : « Mais ce serait dépasser le but et méconnaître ma pensée que de comprendre que la symphyséotomie a dès maintenant cause gagnée... La symphyséotomie doit être éprouvée d'abord, et ce serait une grande précipitation que d'en faire dès aujourd'hui un emploi fréquent dans la pratique. Ses indications, ses limites, ses conditions resteront encore longtemps non fixées. » Au même congrès, Sänger, qui avait déjà, en 1882, plaidé chaleureusement la cause de la césarienne faisait sa profession de foi : « Je pensais dire

quelques mots sur les rapports de l'opération césarienne à indications relatives et de la symphyséotomie ; mais la discussion a été tellement bonne pour l'opération césarienne à indications relatives que je renonce à la parole. La section césarienne l'emportera toujours sur la symphyséotomie. Je pense, comme Schauta, que la symphyséotomie trouvera sa place là où l'opération césarienne à indications relatives serait indiquée, mais où les conditions d'asepsie nécessaires n'existent plus. » Telle était, résumée par Sänger, l'opinion des médecins allemands au 5e congrès de gynécologie de Breslau, tenu du 25 au 27 mai 1893.

En France, la symphyséotomie gagnait du terrain ; Fochier, en 1892, s'était bien élevé, dans une séance de la Société obstétricale de France, contre cette faveur dont était l'objet l'opération de Sigault rajeunie. « Prenez garde ! disait-il, on ne touche pas impunément aux articulations pelviennes et surtout aux articulations des femmes enceintes. Craignez qu'en sectionnant la symphyse vous n'alluniez un incendie qui ne demande qu'à éclater. »

Au mois d'avril 1893, dans la séance de la Société obstétricale de France, on va entreprendre une discussion serrée au sujet de la symphyséotomie et de ses rapports avec les autres opérations obstétricales.

Pinard et Varnier, dans les viciations pelviennes, étaient partisans de la méthode d'expectation. « Quand une femme enceinte au bassin rétréci se présente chez vous, leur disait Bar, votre tendance actuelle est de rejeter l'accouchement prématuré pour attendre et faire la symphyséotomie. » — « Oui, répondait Varnier, à moins que l'accouchement ne se termine spontanément. »

Pinard exposait enfin les raisons de son abandon de l'accouchement provoqué :

« 1° C'est que j'intervenais souvent trop tôt ; j'avais

alors un enfant mucilagineux, rouge, qui, malgré tous les soins, ne survivait pas.

« 2° Ensuite parce que, dans d'autre circonstances, on intervenait trop tard et on était obligé de tuer l'enfant parce qu'il était trop gros. »

Ainsi la symphyséotomie qui, d'après Pinard, le 7 novembre 1892, devait « avoir avec l'accouchement pré-prématuré de bons rapports » et « était appelée à lui rendre de grands services, l'avait complètement supplanté ». Pinard suivait la conduite qu'il s'était tracée à la séance de la Société obstétricale. Le 7 novembre 1893, dans sa troisième leçon sur la symphyséotomie, il annonçait qu'à la clinique Baudelocque, pendant l'année écoulée, « aucune embryotomie n'avait été pratiquée sur un enfant vivant, aucun accouchement n'avait été provoqué ». « Vous voyez, ajoute-t-il, que les rapports de la symphyséotomie avec l'accouchement provoqué sont devenus de plus en plus rares. » Dans cette statistique de l'année, on voit que 13 symphyséotomies ont été pratiquées et ont donné comme résultats : 13 enfants vivants et 12 femmes guéries ; une femme est morte, mais, au moment de l'opération, l'œuf était ouvert depuis 66 heures et le liquide amniotique était vert, épais et extrêmement fœtide. »

Pinard expose ensuite l'action de la symphyséotomie. Elle a agi directement et indirectement.

« Directement en agrandissant le bassin.

« Indirectement en m'empêchant de provoquer des accouchements dans le cas de rétrécissement du bassin, où l'expectation armée, c'est-à-dire appuyée sur le bistouri, prêt à agrandir la filière, a permis d'attendre et de voir se faire l'expulsion spontanée d'enfants à terme et bien portants, que j'aurais fait naître jadis prématurément en m'appuyant sur les données classiques. » Le bénéfice de

la méthode avait été considérable. Une seule femme était morte et non du fait de l'intervention. Le bilan de l'année se résumait dans ce mot de Pinard : « Jamais autant de bassins rétrécis, jamais moins d'opérations. » « J'ai abandonné l'accouchement provoqué, ajoute-t-il encore, parce que j'ai fait naître trop de fois des enfants non viables, parce que, dans d'autres circonstances, j'interverrais trop tard, parce qu'enfin, point sur lequel j'appelle votre attention, les travaux les plus récents des neuropathologistes démontrent qu'un enfant né avant terme, difficilement, est, bien plus qu'un autre, candidat aux diplégies cérébrales. » A partir de ce moment, la symphyséotomie n'avait plus de terrain à gagner à l'école de Pinard ; elle « remplaçait toutes les opérations obstétricales employées auparavant au traitement de bassins viciés ».

En même temps que cette année 1893 avait vu renaître et s'imposer la symphyséotomie, et tandis que cette dernière opération avait passionné l'opinion, on avait vu apparaître et discuter fortement une opération nouvelle inaugurée par Farabeuf, pratiquée par Pinard : l'ischio-pubiotomie. Elle avait donné lieu à un débat assez violent entre Charpentier et Farabeuf, et avait fait renaître des opérations éclipsées elles aussi par la symphyséotomie : les Pelvitomies. La pelvitomie proposée pour la première fois par Aitken, en 1785, dans ses « Principes of midwfery of puerperal medicine », est une pelvitomie double à panneau, une double ischio-pubiotomie. En 1831, Pitois, élève de Stolz avait décrit dans sa thèse un procédé de pelvitomie à panneau étroit, la bi-pubiotomie.

En 1832, Galbiati avait fait sur une de ses malades une opération nouvelle : double ischio-pubiotomie et symphyéotomie ou pelvitomie triple.

En 1844, Lacour avait, dans une note de sa thèse, parlé d'une opération décrite par Stolz dans son cours et que ce maître avait appelée pubiotomie. « Ce procédé consiste à diviser un des pubis, près de la symphyse, au moyen de la scie à chaînette sans faire d'incision à la peau. Pour cela, on pratique une petite boutonnière au mont de Vénus (après l'avoir préalablement rasé) au point correspondant à la crête pubienne, à droite ou à gauche de la symphyse. Par cette boutonnière, on introduit une aiguille longue et légèrement recourbée à laquelle est fixée la scie à chaînette ; on suit la face postérieure du pubis en rasant l'os, et l'on fait sortir la pointe à côté du clitoris.... Quelques moments de va-et-vient suffisent pour diviser le pubis. Les deux portions séparées par la scie s'écartent bientôt, et cet écartement peut être augmenté à volonté ou s'opérera par la pression de la tête ou du corps du fœtus ; on retire la scie et il reste une petite bonbonnière qui se cicatrise facilement. » Nous avons fait ce petit historique et insisté sur les passages les plus saillants de la note de la thèse de Lacour pour montrer l'analogie du procédé que Stolz préconisait dès 1838 avec celui que devait reprendre Gigli en 1894, et qui devait être reproduit plus tard, point par point, par Walcher, dans sa méthode de l'Hébotomie sous-cutanée.

En 1894, la symphyséotomie continue à être employée avec succès à la clinique Baudelocque ; 22 femmes ont été opérées, 3 femmes sont mortes, une par obtruction intestinale, les deux autres par infection préalable. Ces décès ne peuvent être attribués à la symphyséotomie.

Pour ce qui est des enfants, deux sont morts : l'un par fracture du crâne antérieure à la symphyséotomie, l'autre à la suite de la compression du cordon.

La faveur dont jouissait la symphyséotomie à la clinique

Laudelocque ne s'était pas étendue à la généralité des accoucheurs de l'Ecole Française. Les médecins qui ne rejetèrent pas l'accouchement provoqué furent nombreux et s'efforcèrent encore de le perfectionner. Boissard posa d'une façon plus précise les indications de l'accouchement prématuré artificiel dans une étude parue dans les archives de Tokologie de 1893.

Il divise la question en quatre points ; les deux premiers : les indications de la nécessité de provoquer l'accouchement, et l'indication du moment où doit se faire cette provocation, sont plus particulièrement intéressants. « Il y a nécessité, dit-il, en face d'une viciation pelvienne, d'interrompre la grossesse, chaque fois que l'expulsion du fœtus à terme ne pourra se faire spontanément ou exigera l'emploi du forceps ou de la version devant entraîner des dangers ou des accidents pour la mère ou pour l'enfant. »

L'auteur fait alors ressortir les difficultés que présente la réponse à une première question : Quand le fœtus sera-t-il à terme ? On fait quelquefois des erreurs de 10, 15, 20 jours sur l'âge de la grossesse ; de plus, on se trompe dans l'appréciation du rétrécissement ; « on s'en tient à des moyennes, aux résultats généraux les plus fréquemment constatés, alors qu'on peut dire qu'il n'y a que des cas particuliers ».

Nécessaire dans certains cas à 10 centimètres de diamètre du promonto-pubien, la provocation de l'accouchement est parfois inutile à 9 centimètres. De plus, le volume des fœtus varie dans de grandes proportions, de 3.300 grammes à 5.000 grammes, d'où la nécessité de tenir compte de nombreuses données : âge des parents, du sexe, époque de la première apparition des règles et de leur durée, et l'auteur ajoute : « Que de problèmes, que d'incertitudes !... on est souvent poussé à agir trop tôt : d'où

la nécessité, dans la provocation de l'accouchement, « de « grand sens et de grand tact clinique. »

Tarnier, de son côté, n'avait pas abandonné l'accouchement provoqué. A la séance de la Société obstétricale, il avait apporté de nouveaux travaux. Du 1er novembre 1890 au 1er novembre 1892, on avait pratiqué 44 accouchements prématurés. « La mortalité maternelle a été de 1/44e, attendu que la femme atteinte d'anémie pernicieuse a succombé. Dans ce cas, je crois qu'on peut dire que la mortalité du fait de l'intervention est nulle. Cette innocuité absolue de l'accouchement provoqué est, du reste, confirmée par les statistiques de tous les accoucheurs. La mortalité infantile a été de 18 0/0. Quatre enfants sont venus morts-nés, 4 sont morts après la naissance. La proportion des enfants sortis vivants de mon service a été de 82 0/0. J'estime que ces chiffres que je viens d'exposer sont intéressants à connaître et qu'il est utile de les comparer aux chiffres fournis par les statistiques d'opération césarienne et de symphyséotomie.

» Avec l'antisepsie, l'opération césarienne et la symphyséotomie ont donné des résultats si heureux qu'on s'est demandé si ces deux modes d'intervention ne devaient pas être substitués à l'accouchement prématuré artificiel. Je ne le pense pas, quant à moi, et les résultats que j'obtiens ne me permettent pas d'abandonner une opération que je regarde comme très bonne. »

Bar et Budin, dans la même séance, se montraient partisans de l'accouchement provoqué.

En 1894, du 29 mars au 5 avril, fut tenu à Rome un Congrès international de gynécologie où quelques accoucheurs étrangers exposèrent leur opinion sur l'accouchement provoqué.

Morisani ne rejette pas complètement l'accouchement

prématuré artificiel. Après avoir parlé de la grande mortalité des enfants nés à la fin du septième mois, il ajoute : « Ceux, au contraire, qui naissent à la fin du huitième ou dans le commencement du neuvième mois ont de grandes chances de survivre, surtout s'ils sont entourés de soins assidus et intelligents.

» Je crois que la question pourrait être résolue de la manière suivante : pour les femmes chez lesquelles le bassin nécessite l'accouchement prématuré à la fin du septième mois ou dans le cours du huitième (diamètre promonto-pubien 70 à 81 mm.), le mieux est d'attendre le terme et de pratiquer la symphyséotomie.

« Chez celles dont le bassin peut permettre l'expulsion d'un fœtus non à terme dans la première ou dans la deuxième semaine du neuvième mois, il est permis et utile de préférer l'accouchement prématuré à la symphyséotomie. »

Léopold préfère, à la symphyséotomie, l'accouchement provoqué après la 34e semaine et cite, à l'appui de son opinion les résultats obtenus par : Tarnier, Dorhn, Ahlfeld, Fehling, Calderini.

Pour lui, quand le diamètre conjugué vrai est réduit à 7 centimètres, il faut chez les multipares, quand on est appelé à temps, provoquer l'accouchement prématuré.

On voit, par ces idées émises à l'étranger, que les avis y étaient aussi partagés qu'en France.

Si l'on examinait la question au point de vue pratique courante, il était évident que l'accouchement prématuré occupait toujours la première place. « La symphyséotomie exige une grande mise en scène, disait Carette dans sa thèse, une certaine habileté opératoire, des soins consécutifs nombreux et une surveillance extrême, conditions qui ne sont pas à la portée de tous les praticiens. L'opération

césarienne, pour les mêmes raisons, reste une opération d'exception.

» Aussi l'accouchement prématuré artificiel, par son innocuité et sa simplicité au point de vue opératoire, conserve la première place parmi les moyens destinés à sauver l'enfant sans compromettre la vie de la mère. »

Perret, dans sa thèse, en 1894, était du même avis : « La symphyséotomie est avant tout une opération de clinique et peu susceptible d'être généralisée dans la pratique ; au contraire, la provocation de l'accouchement par sa simplicité et son innocuité est une opération praticable par le plus modeste des praticiens. »

On voit par les thèses de l'époque les ennuis que la thérapeutique des viciations pelviennes faisait naître. Tandis que les Maîtres discutaient dans leur clinique, étudiaient les moyens de diminuer la mortalité fœtale et maternelle en proposant des opérations nouvelles, que faisait-on pour la thérapeutique pratique de ces bassins rétrécis ? Pas grand'chose : le petit praticien de campagne devait, lui, rester fidèle à l'accouchement prématuré artificiel, les opérations qu'on lui proposait n'étaient pas de son domaine.

Pour améliorer les résultats obtenus par l'accouchement prématuré on revint à nouveau à l'idée de la protection de la première enfance. Budin, en 1892, avait créé la consultation des nourrissons à la Charité. En 1895, Pinard lisait à l'Académie des Sciences un Mémoire « sur les effets du repos pendant la grossesse sur les femmes de son service » ; c'était ce qu'il appelait la puériculture intra-utérine, mais le but qu'il se proposait était autre : avoir de beaux enfants à terme et lutter contre la dystocie originelle qu'apportaient avec eux les enfants en naissant. Il fallait avoir des êtres vigoureux et améliorer la race.

Budin, poursuivant son œuvre, créait des consultations

de nourrissons : en 1894, il en fondait une à la Maternité, une autre, en 1898, à la Clinique, quand il succéda à Tarnier.

Les résultats fournis par la surveillance des débiles dans ces consultations furent excellents. Le taux de la mortalité des prématurés pendant la première année fut considérablement abaissé.

Perret, dans sa thèse, faisant des recherches sur le sort des enfants apportés ou entrés au pavillon des enfants débiles pendant 10 mois, arrive à ces conclusions :

« 1° Sur 57 enfants pesant de 1.000 à 1.500 grammes, 12 sont morts : c'est donc une mortalité de 21,05 0/0 ;

» 2° Sur 114 enfants pesant de 1.500 à 2.000 grammes (ce sont les enfants de 7 à 8 mois), 20 sont morts, soit une mortalité de 25 0/0 ;

» 3° Sur 78 enfants de 2.000 à 2.500 grammes, 4 ont succombé ; mortalité de 5 0/0 ;

» 4° 45 enfants pesant 2.500 grammes et au-dessus, c'est-à-dire presque à terme, ont tous été sauvés : 0 0/0. »

Et Perret ajoute : « En pratique, dans les familles où les enfants peuvent être l'objet de soins plus grands qu'à l'hôpital, on peut en sauver encore davantage. »

De ce tableau, il résulte que la mortalité des enfants prématurément est d'autant plus faible que le poids de ces enfants est plus élevé, c'est-à-dire que l'époque de l'accouchement est plus près du terme de la grossesse.

Moins un bassin est rétréci, plus il sera permis de reculer l'époque de la provocation de l'accouchement et d'autant meilleurs seront les résultats de cette opération. C'est, en somme, l'opinion qu'avait émise Moriseau au Congrès de Rouen.

Sous la vive impulsion de Pinard et de son école, la céphalotomie entrait peu à peu dans la thérapeutique des

viciations pelviennes ; la mortalité maternelle était abaissée à 11,6 0/0 en moyenne ; la mortalité fœtale était encore de 12 0/0. L'accouchement provoqué, à la même époque, donnait pour les mères 0 0/0 et pour les enfants 25 0/0. En enlevant des deux côtés 12 0/0 des enfants morts, le problème se ramenait à ceci : Est-il préférable de perdre 11,6 femmes que 13 enfants ?

Pour Pinard, il fallait faire quand même la symphyséotomie. En janvier 1894, dans les Annales de Gynécologie, il avait dit : « Je n'ai jamais eu tant de rétrécissements du bassin que cette année (1893), je n'ai jamais pratiqué moins d'opérations. » Pour la première fois, il avait appliqué ses principes.

« 1° Abandon de l'accouchement provoqué, dans tous les cas où la symphyséotomie peut permettre le passage d'une tête de fœtus à terme ;

» 2° Abandon de toute application de forceps pour résistance osseuse (que cette résistance siège au détroit supérieur, dans l'excavation ou au détroit inférieur) ;

» 3° Abandon absolu de l'embryotomie sur l'enfant vivant ;

» 4° Agrandissement momentané du bassin (par symphyséotomie, ischio-pubitomie), dans tous les cas où il y a résistance osseuse non vaincue par les contractions, la tête étant bien orientée, et où le calcul me démontre que la section du bassin permettra le passage de la tête ;

» 5° Amputation utéro-ovarique dans les cas d'étroitesse absolue. »

Au Congrès International des Sciences médicales tenu à Rome la même année, Pinard soutenait les mêmes idées.

La symphyséotomie, en évitant à l'enfant la lutte contre une résistance osseuse du bassin, lui apportait une chance

de survie plus grande qu'avec l'extraction au forceps ou par la version.

Un autre avantage de symphyséotomie consiste à laisser venir à terme et, bien souvent, à faire naître « spontanément des enfants vigoureux et bien portants qui, d'après les indications classiques étaient justiciables de l'accouchement provoqué et de sa mortalité infantile... prophylactique. » (Pinard). La symphyséotomie, évidemment, donnait une mortalité fœtale moins forte, mais Pinard ne parle pas de la mortalité maternelle prophylactique pour la vie du fœtus.

On continuait à symphyséotomiser les femmes ; on perfectionnait la technique pour éviter les dangers de l'infection ; on pratiquait l'opération d'emblée au lieu de la faire in extremis après plusieurs tentatives de forceps. La mère et l'enfant gagnèrent avec l'emploi de ce procédé. L'opération donnait de meilleurs résultats pratiques, la dilatation étant complète sans autre intervention.

En 1895, Pinard avait pratiqué 20 symphyséotomies à la clinique Baudelocque : 3 femmes étaient mortes, ainsi que 3 enfants ; malgré une mortalité maternelle et fœtale de 15 0/0, il faisait tracer sur les murs de son amphithéâtre les aphorismes suivants : « Le nouveau-né a d'autant plus de chances de devenir un être sain, vigoureux et intelligent qu'il est né à terme. » « Le devoir de la société et de l'accoucheur est de faire naître des enfants à terme. »

« Mener la grossesse à terme, procéder à l'accouchement sans danger pour la mère, et avec le minimum de traumatisme pour l'enfant, tel doit être l'idéal de l'accoucheur. »

« L'embryotomie sur l'enfant vivant a vécu. »

L'évolution des idées de Pinard s'était faite lentement, scientifiquement. L'accouchement provoqué, considéré par

lui, en 1891, comme une conquête, était condamné quatre ans plus tard.

La symphyséotomie gagnait du terrain en France. Le Congrès de Moscou apporta dans la thérapeutique des viciations pelviennes, les idées de l'étranger. Tandis que certains médecins étaient partisans de la symphyséotomie, d'autres, devant les résultats obtenus avec la césarienne, préféraient cette dernière opération.

Olshausen apportait le bilan de vingt-neuf opérations césariennes :

De 29 enfants vivants : trois moururent quelques heures ou quelques jours après la naissance.

Sur 29 femmes : deux moururent. Elles étaient opérées pour la seconde fois.

Zweifel communiquait à la même séance une statistique de 55 opérations avec un décès ; il considérait la césarienne plus dangereuse que la symphyséotomie.

Léopold avait également fait la césarienne dans un grand nombre de cas avec de très bons résultats.

De son côté, Varnier apportait un travail considérable sur la symphyséotomie. Celle-ci avait pour résultat de ramener la mortalité fœtale dans les bassins viciés au taux de la mortalité fœtale dans les bassins normaux, soit environ 10,4 0/0. Elle ne compromettait ni la vie ni la santé de la femme. « Les lésions de la vessie et de l'urèthre sont choses exceptionnelles ; il y a lieu de croire que le forceps et l'insuffisance de dilatation de l'orifice utérin n'y sont pas étrangers. »

Il développait ainsi tout au long 14 conclusions : en un mot, la symphyséotomie avait tous les avantages.

Zweifel présenta, lui aussi, un rapport favorable pour la symphyséotomie.

De ce Congrès apparaissait nettement l'évolution des

idées vers la césarienne, dont on étendait les limites en empiétant ainsi sur celles de la symphyséotomie et celles de l'accouchement prématuré artificiel.

Au Congrès d'Amsterdam, en 1899, la question d'obstétrique posée était : « Indications et contre-indications de l'opération césarienne, de la symphyséotomie, de la craniotomie et de l'accouchement provoqué. » Pinard (1) exposa l'histoire des accouchements dans les bassins rétrécis ayant eu lieu à la clinique Baudelocqu de 1890 à 1898, et en particulier le résultat de 100 symphyséotomies. C'était le fruit de sa pratique personnelle qu'il apportait au Congrès. Pour lui, à cette époque, la symphyséotomie occupait le premier rang parmi les opérations obstétricales ; la césarienne, de l'avis même de ses défenseurs, ne pouvait être pratiquée que chez des femmes saines et se trouvant de plus dans des conditions particulières : œuf intact, tandis qu'il avait « pratiqué ou fait pratiquer la symphyséotomie chez toutes les femmes présentant une indication pelvienne, quels que fussent leur état général et leur état local, quel que fût l'état de souffrance de l'enfant ». Il ajoutait que :

« 1° 22 femmes symphyséotomisées étaient redevenues enceintes ;

« 2° De ces 22 femmes, 6 avaient été symphyséotomisées avec succès pour la deuxième et troisième fois ;

« 3° 16 de ces femmes avaient eu consécutivement des accouchements spontanés. »

Ces derniers faits venaient à l'appui des recherches de Varnier (2), sur l'agrandissement permanent du bassin

---

(1) Pinard. Annales Gynécologie, 1899, p. 81.

(2) Varnier. Compte rendu de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris, in Annales, 1899, p. 529.

après la symphyséotomie, que celui-ci publiait dans sa communication à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie, deux mois plus tard.

Dans ce même Congrès, le rapport de Pestalozza fit connaître l'opinion des auteurs étrangers.

Pinard avait conclu :

Dans la thérapeutique des viciations pelviennes doivent disparaître :

1° L'accouchement prématuré artificiel ;

2° Toute opération (forceps, version) impliquant une lutte de la tête fœtale contre une résistance osseuse du bassin siégeant soit au détroit supérieur, soit dans l'excavation, soit au détroit inférieur ;

3° L'embryotomie sur l'enfant vivant.

Pendant le travail de l'accouchement deux dangers doivent être évités :

1° La longueur du travail ;

2° L'infection.

L'obstétrique opératoire doit comprendre, dans les rétrécissements du bassin :

1° L'agrandissement du bassin (par symphyséotomie, pubiotomie, ischio-pubiotomie, coccygotomie) ;

2° *L'opération césarienne conservatrice* ou suivie de l'hysterectomie partielle ou totale.

3° L'embryotomie sur l'enfant mort.

Par ces conclusions, nous voyons que les idées de Pinard ont évolué ; séduit par les résultats heureux que Olshausen, Léopold, Zweifel avaient obtenus avec la césarienne, il met cette dernière opération au rang des moyens thérapeutiques destinés à combattre la viciation pelvienne.

Pour Postalozza, l'accouchement provoqué tient encore une place légitime parmi les opérations obstétricales qui

visent au traitement des rétrécissements pelviens. En raison cependant des dangers, soit immédiats, soit éloignés qu'il fait courir aux enfants, il ne peut être appliqué avant la deuxième quinzaine du huitième mois et se trouve limité aux bassins dont le conjugué vrai n'est pas inférieur à 75 mm., s'il s'agit de bassins aplatis, et à 80 mm., s'il s'agit de bassins généralement rétrécis.

« Les moyens conseillés pour mieux garantir la survivance des enfants prématurés ne méritent pas une confiance aveugle dans la question de l'accouchement provoqué pour rétrécissement du bassin.

« Entre les limites que nous avons indiquées, l'accouchement provoqué peut trouver son indication légitime dans les cliniques, mais il mérite certainement de conserver une application plus étendue dans la clientèle privée, en vue de la simplicité extrême de sa technique et de sa parfaite innocuité. »

Il admet la symphyséotomie, mais lui donne comme limites 70 et 85 mm. Au-dessous et au-dessus de ces chiffres, la symphyséotomie ne doit être appliquée que s'il y a motif à se douter d'une tête fœtale de dimension anormale.

Il rejette l'association de la symphyséotomie et de l'accouchement provoqué ainsi que celles de la symphyséotomie avec l'embryotomie.

Il estime enfin que, bien qu'elle ne soit pas une de ces très graves opérations qui réclament presque d'une façon absolue un local spécial d'opération, elle entraîne toutefois des dangers et implique des responsabilités qui ne se limitent pas toujours au succès immédiat, et, quelle que soit la confiance du médecin dans son habileté opératoire, difficilement il se décidera à pratiquer la symphyséotomie dans sa clientèle privée.

Relativement à la césarienne, il la trouve indiquée à partir de 70 millimètres jusqu'à 60 millimètres, où il pratique l'embryotomie ; la césarienne reprend ses droits à 50 mm., le bassin est trop rétréci pour que l'embryotomie se fasse alors sans dangers pour la mère. Il reconnaît à la césarienne l'avantage d'être une opération typique et l'inconvénient de réclamer l'ouverture de la cavité péritonéale. L'amputation utéro-ovarique ne sera faite que s'il existe une indication particulière à l'enlèvement de l'utérus (1).

A la discussion de ces deux rapports, les accoucheurs présents parurent enthousiasmés pour la symphyséotomie. Treub la trouve plus dangereuse que la césarienne parce que, en raison des conditions anatomiques, l'antisepsie doit y être plus rigoureuse. Henricius (Helsingfors) la trouve une opération bonne à l'hôpital, trop difficilement réalisable à la campagne.

En même temps que le rapport de Postalozza et la discussion étaient favorables à l'accouchement prématuré, Léopold, de Dresde, apportait dans son rapport l'opinion toute opposée à celle de Pinard ; par lui, il fallait sauver la mère à tout prix. Il désirait que dans les Congrès internationaux on s'occupât un peu de l'accoucheur praticien. « Nous voulons lui tracer une route sûre, non un chmin glissant, difficile, d'où la chute pourrait être dangereuse pour les intéressés. »

» Pour tous, il y a ce but élevé à poursuivre : donner à la parturiente, quand c'est possible, un enfant vivant.

» Mais, bien au dessus de ce but, il en est un autre : sauver à tout prix la vie de la mère. Il est plutôt possible de

---

(1) Postalozza. Rapport au Congrès International d'Amsterdam, Annales Gynécologie, 1899, t III, p. 317.

remplacer le père auprès des enfants ; une mère, jamais. Le cœur de la mère est lié à ses enfants par mille liens. A l'enfant qui a perdu sa mère fait défaut l'affection infinie. Au nouveau-né qui doit la vie à la mort de la mère et qui jamais n'apprend à connaître le cœur maternel, manque pour toute la vie la lumière du soleil. »

Dans son rapport, il ne veut pas d'accouchement chirurgical chez les principares à bassin légèrement rétréci (jusqu'à 7 centimètres). Dans les bassins compris entre 7 centimètres et 6 centimètres de promonto-pubien minimum, si la femme se trouve dans une clinique : opération césarienne ; en clientèle privée, si les conditions d'une intervention sur la mère sont peu favorables : embryotomie sur l'enfant vivant. « Qu'on fasse la perforation plutôt une fois de trop que pas une fois assez ! », approuvant ainsi l'opinion de Charles (de Liège) : « Il est facile d'édicter des ukases, il n'est pas aussi aisé de les appliquer. »

Chez les multipares, dans les bassins du premier groupe, il donne la préférence à l'accouchement prématuré artificiel aidé du colpeurynter et de la position de Walcher.

Dans les bassins du second groupe, si la vie du fœtus est compromise, faire la perforation de cet enfant mourant en l'assimilant à l'enfant mort.

Dans les bassins extrêmement rétrécis, il n'y a qu'une conduite : l'opération césarienne.

Léopold n'est pas trop partisan de la symphyséotomie, à laquelle il préfère la césarienne.

« 1° La symphyséotomie est une opération plus grave ; le traitement consécutif en est plus compliqué ;

« 2° L'accouchement, même après la symphyséotomie, doit être terminé chirurgicalement ;

« 3° Pour les opérateurs qui ont pratiqué les deux opé-

rations, c'est le chiffre de la mortalité maternelle qui fait pencher la balance. »

Au Congrès d'Amstérdam, un médecin allemand avait déposé un mémoire intitulé : « Influence de la position sur la forme et les dimensions du bassin. » La méthode préconisée par Walcher consiste à mettre la femme dans le décubitus dorsal, les jambes pendantes en hyperextension. D'après Walcher, on pouvait obtenir par cette position un agrandissement du diamètre sacro-pubien allant de 3 mm. jusqu'à 1 centimètre. Cette découverte venant au moment de la splendeur de la symphyséotomie se vit prise à partie par Varnier, qui nia l'agrandissement du bassin par cette position ; les bassins rétrécis étaient seulement dilatables par la symphyséotomie.

Le principe de Walscherschelage est qu'en passant dans cette attitude, le sacrum exécute entre les os iliaques un mouvement de nutation qui porte sa base en arrière.

Tarnier, Bonnaire et Bué (1) étudièrent la question et montrèrent que l'augmentation du promonto-pubien n'excédait pas 5 millimètres et restait souvent au-dessous.

Cette attitude a l'inconvénient d'être fatigante pour la femme.

De ce Congrès une idée se dégageait : c'est que l'opération césarienne, employée plus fréquemment à l'étranger qu'en France, avec des résultats sensiblement identiques, gagnait peu à peu du terrain, empiétant même sur le domaine de la symphyséotomie. La perforation sur l'enfant vivant que Pinard avait proscrite au nom du droit de l'enfant à la vie, n'était pas admise à l'étranger.

Le 6 novembre 1899, Pinard, pour répondre au rapport

---

(1) Bonnaire et Bué. Annales Gynécologie, 1899, t. II, p. 296.

de Léopold, faisait à Baudelocque une leçon clinique sur ce sujet : « Le soi-disant fœticide thérapeutique (1) ». C'est ainsi qu'il appelait l'embryotomie sur l'enfant vivant. Dans cette leçon, il discutait le droit de l'enfant à la vie et il recherchait si le droit de vie ou de mort pouvait appartenir au père, à la mère, au médecin ou à d'autres personnes. Il terminait en concluant :

« Pour moi, l'accoucheur n'a le droit ni moralement, ni légalement, ni scientifiquement, de pratiquer l'embryotomie sur l'enfant vivant.

» Sacrifier l'enfant pour sauver la mère est une légende qui doit disparaître.

» Le droit de vie ou de mort sur l'enfant n'appartient à personne, ni au père, ni à la mère, ni au médecin, ni même... au directeur d'hôpital. Le droit de l'enfant à la vie est un droit imprescriptible et sacré que nulle puissance ne peut lui ravir.

» Le droit de choisir l'opération appartient seul au médecin. Et l'accoucheur doit rester médecin dans tous ses actes, c'est-à-dire qu'il doit toujours et partout éviter de provoquer des maladies et des infirmités et s'efforcer de conserver la vie chez les êtres qui se confient à lui ou qui lui sont confiés. »

La profession de foi que Pinard faisait en de pareils termes ne devait pas faire autorité. La symphyséotomie commençait à décliner ; déjà en 1894 un accoucheur italien avait proposé de la remplacer par la taille latéralisée du pubis qui devait, d'après lui, donner des résultats meilleurs.

En effet, les meilleures statistiques relatives à la sym-

---

(1) Pinard. Annales Gynécologie, 1900, p. 1.

physéotomie donnaient les chiffres suivants : les mères succombaient dans une proportion de 12 0/0, quant aux enfants que cette opération devait sauver, leur mortalité s'élevait à 13 0/0 et encore ce chiffre n'est-il pas tout à fait exact. Pour faire une symphyséotomie, on attend que la dilatation soit complète ou à peu près, qu'une complication survienne au cours du travail qui entraîne la mort du fœtus, le décès n'est pas mis sur le compte de la symphyséotomie, puisque l'opération n'a pas été pratiquée. On ne procède pas de même lorsqu'il s'agit de l'accouchement prématuré artificiel. Quand un accident identique survient il est mis sur le compte de l'intervention, et il serait intéressant de savoir combien d'enfants sont morts dans les cas où l'on se proposait de faire une symphyséotomie qu'on n'a pas faite.... parce que l'enfant avait déjà succombé.

De plus, la morbidité maternelle était considérable, elle se chiffrait par 50 et 60 0/0.

Quand Fochier, en 1892, avait soutenu qu'il ne faut pas ouvrir une articulation saine dans l'accouchement, il n'avait pas été écouté. Les ennuis dus à la symphyséotomie étaient nombreux : la plaie symphysaire, bien souvent, était le siège d'un suppuration tenace ; la région sur laquelle on opérait prédisposait aux hémorragies, de là le thrombus retro-symphysien ; les lésions de la vessie étaient fréquentes. La phlébite venait très souvent augmenter le nombre des accidents et maintenait la femme au lit pendant longtemps.

Peu à peu la symphyséotomie déclina, voyant qu'ils n'atteignaient pas avec elle le succès qu'ils attendaient, certains accoucheurs perfectionnèrent la technique de la césarienne ; avec cette dernière, la mortalité qui était de 18 0/0

baissé et n'est plus que de 6,41 0/0 pour les mères (1), moitié de celle de la symphyséotomie

Beaucoup d'accoucheurs, par suite, y donnèrent la préférence à la césarienne, peu à peu, on pratiqua de moins en moins la symphyséotomie. En 1904, parut dans les Annales de gynécologie une statistique des opérations pratiquées à la clinique Baudelocque de 1890 à 1903 (2).

	Symphyséotomie	Pubiotomie	Césarienne conservatrice
	—	—	—
Années 1891	2	»	2
— 1892	13	1	»
— 1893	14	»	1
— 1894	21	»	»
— 1895	21	»	»
— 1896	13	»	»
— 1897	7	»	»
— 1898	8	»	»
— 1899	8	»	»
— 1900	8	»	»
— 1901	8	»	1
— 1902	2	»	1
— 1903	5	»	2

Ces chiffres font sentir le déclin de la symphyséotomie en même temps que l'on voit apparaître l'opération césarienne conservatrice.

A la même époque voyait le jour une opération nouvelle destinée à remplacr la symphyséotomie. Cette opération dont nous avons fait plus haut l'historique, devait supprimer le principal inconvénient : la plaie articulaire. La

---

(1) Bar. De l'opération césarienne, Journal d'Obstétrique, n° 3, p. 211.

(2) Annales Gynécologie, 1904. p. 65.

section latéralisée du pubis était à nouveau mise en honneur par Gigli (1), accoucheur à Florence.

Impressionné par les guérisons tardives dans les cas de symphyséotomie, il en rechercha la cause. « L'observation clinique montrait que d'autres plaies au voisinage des organes génitaux guérissaient quelquefois avec une rapidité surprenante, malgré le contact direct et immédiat des sécrétions. » Il trouva que la véritable cause résidait dans la paie articulaire : violation des lois chirurgicales. Il concluait : « On ne peut, dans le travail, ouvrir l'articulation pubienne sans courir le risque d'une infection articulaire trop facile ; celle-ci n'a pas la gravité des autres infections articulaires tout simplement parce que l'articulation a peu d'importance anatomique... Donc, en s'attaquant à l'os, on devait avoir des résultats meilleurs. » Il avait imaginé la scie filiforme destinée à remplacer la scie à chaînette.

Gigli, en 1894, présenta son opération sous le nom de « section latérale du pubis ». Elle fut reçue avec un enthousiasme tout à fait « tempéré ». Pourtant Bonardi (de Lugano), 1897, et Calderini (de Bologne), 1899, avaient eu chacun un succès avec la nouvelle méthode. En 1900, Gigli faisait sa première opération à Florence et présentait l'opérée à la Société toscane d'obstétrique et de gynécologie. Peu à peu, les accoucheurs l'adoptèrent et, en 1905, Gigli exposait une statistique de 90 opérations. La plaie s'était cicatrisée par première intention dans tous les cas. La mortalité totale était de 6,6 0/0.

Encouragé par ce succès, il pouvait dire : « En somme, il est réalisé ce résultat que l'Ecole de Pinard espérait

---

(1) Gigli. Presse Médicale, 27 mai 1905.

avec enthousiasme de la symphyséotomie et voyait avec trop de facilité atteint par elle. »

A la suite de la proposition de Gigli, on étudia la valeur comparée des deux méthodes : symphyséotomie ou pubiotomie ?

Gigli fit paraître dans le journal de son maître, le professeur Fritsch, le *Centralblatt für gynäkologie,* des articles sur son opération. Après lui, les auteurs allemands se passionnèrent pour la technique nouvelle. Pfeilsticker (1) étudia la technique de la pubiotomie ; Stœckel (2) fit un parallèle : symphyséotomie ou pubiotomie. En France, Gigli donne dans la « Presse médicale » du 27 mai 1905 sa statistique de 90 opérations. De Bovis, puis Voguet (3) en étudièrent la valeur : la pubiotomie agrandit avant tout le diamètre transverse, puis le diamètre oblique du côté opéré.

On essaya en même temps de perfectioner la méthode. Tandis que Gigli avait suivi le même manuel opératoire que pour la symphyséotomie, à part la section pubienne faite à l'aide de son fil scie, on essaya de reprendre le procédé imaginé par Stolz et de faire la pubiotomie sous-cutanée, Döderlein préconise la méthode sous-cutanée partielle. Walcher et Bumm, la pubiotomie entièrement sous-cutanée, par le passage du fil scie à l'aide d'une aiguille à grande courbure, sans incisions.

Cyrille Jeannin (4), le 19 septembre 1908, étudia compara-

---

(1) Pfeilsticker. Technique de la pubiotomie. Centralblatt für Gynakologie, n° 48, p. 1465 1467, année 1905.

(2) Stœckel. Symphyséotomie ou pubiotomie. Centralblatt für Gynakologie, n° 3, p. 78, 1906.

(3) Voguet. De la taille latéralisée du pubis ou opération de Gigli. Thèse Paris, 1906.

(4) Cyrille Jeannin. Hébotomie ou Symphyséotomie. Presse Médicale, 19 sept. 1908.

tivement la symphyséotomie et la pubiotomie dans un article paru dans la *Presse médicale* ; ses conclusions furent que la pubiotomie réalise un progrès indiscutable sur la symphyséotomie. Elle donne le même agrandissement immédiat du bassin et les mêmes avantages pour les accouchements ultérieurs. Elle substitue une plaie osseuse à une plaie articulaire ; les accidents immédiats sont moins fréquents, les accidents éloignés beaucoup plus rares. La mortalité, tant fœtale que maternelle, est plus faible.

Au Congrès de Dresde, en 1907, on avait agité la question de la pubiotomie. Zweifel, l'un des rapporteurs, s'en montre partisan, mais il pense que la symphyséotomie conserve sur elle l'avantage, en ce qui concerne les accouchements ultérieurs qui peuvent se faire spontanément.

Il termine ses conclusions en disant :

« Comme opération préventive, l'accouchement prématuré provoqué est indiqué exceptionnellement dans les rétrécissements du second degré (7 à 7,9) ; mais lorsque l'on se borne à l'expectative, la mortalité n'est pas aussi défavorable et c'est avec ces rétrécissements que sont indiquées les opérations ayant pour but d'agrandir le bassin.

» En ce qui concerne les rétrécissements de 5,5 à 6,9, il ne reste plus que la césarienne, car ici l'accouchement prématuré est une faute, et la césarienne donne un pronostic très bon et un enfant vivant.

» Quoi qu'il en soit, ces cas sont du ressort d'une maternité ou d'un spécialiste, surtout si le premier accouchement s'est mal passé. » (1)

La même année, Pinard faisait une série de leçons clini-

---

(1) Zweifel. Technique, indications et suites de pelvitomies, in Annales Gynécologie, 1907, p. 541.

ques sur la Thérapeutique de la dystocie par viciation pelvienne à la Clinique Baudelocque de 1889 à 1907 (1). Il y constate les progrès faits en obstétrique pendant les huit dernières années, notant le nombre de plus en plus considérable des opérations césariennes conservatrices pratiquées dans son service, coïncidant avec la diminution du nombre des symphyséotomies. Les principes n'avaient pas changé, les actes opératoires avaient seuls été modifiés.

Reconnaissant la supériorité de la césarienne, qui permet d'intervenir au début du travail et offre l'avantage de faire l'accouchement en un temps, une fois l'incision faite, il entrevoit cependant les inconvénients de cette opération et surtout l'un d'entre eux : la rupture de la cicatrice dans les accouchements futurs.

L'utérus est taré après la césarienne.

Chez les femmes infectées, la césarienne sera mutilatrice et l'opération de Porro dans ces cas est supérieure à l'hysterectomie totale.

L'obstétrique opératoire appliquée aux rétrécissements pelviens ne doit comprendre que :

« *a*) L'opération césarienne conservatrice ;

» *b*) L'agrandissement du bassin par symphyséotomie, pubiotomie...

» *c*) L'amputation utéro-ovarique (opération de Porro). »

En Allemagne, Léopold avait pu réunir, depuis sa dernière statistique de 1898, 129 cas nouveaux d'opération césarienne. La mortalité maternelle, qui était de 10 0/0 en 1898, avait baissé et ne montait plus qu'à 4.9 0/0 en 1907. La mortalité fœtale immédiate était de 6 0/0, éloignée de 20 0/0.

---

(1) Pinard. Annales Gynécologie, 1907, p. 513.

Les opérations césariennes faites jusqu'alors étaient des opérations de clinique, bien réglées. Bar préconise la césarienne avant tout début de travail pour éviter l'infection. Pinard (1) préfère la césarienne au début du travail quand, la dilatation étant incomplète, apparaissent des symptômes menaçants pour l'enfant et la mère. La femme arrive-t-elle avec des signes d'infection, Pinard pense que l'on doit pratiquer l'amputation utéro-ovarique. Quand l'enfant est mort, il fait l'embryotomie, quel que soit l'état de la mère.

Le 9 octobre 1908, à la séance de la Société obstétricale de Paris, Pinard et Bar exposèrent leur opinion à ce sujet à propos d'un mémoire de C. Jeannin et Cathala sur le pronostic et indications de l'hébotomie. Pinard se montrait définitivement partisan de la césarienne ; il n'était pas de l'avis de Bar pour la question d'infection constatée chez la femme. Ce dernier, au lieu de faire une amputation utéro-ovarique, « qui donne un enfant souvent infecté lui-même et, par suite, fragile », préfère l'embryotomie qui laisse à la femme la possibilité d'avoir de nouveaux enfants.

Tandis que la césarienne finissait par avoir enfin la première place dans les rangs des opérations obstétricales, certains accoucheurs, sous l'impression des résultats obtenus en clientèle privée, essayaient d'en agrandir le champ et de faire de l'opération césarienne conservatrice une opération courante : l'opération césarienne tardive. Sous l'influence de Bocquel, d'Angers, et de son élève Guillet (2), qui publièrent des observations de césariennes pratiquées

---

(1) Pinard. Annales Gynécologie, 1908, p. 648-649.

(2) Guillet. Thèse Paris, 1904.

dans des conditions qui auraient constitué pour la plupart des accoucheurs une contre-indication absolue, puis sous l'impulsion de Lepage, on en vint à considérer l'opération césarienne conservatrice comme praticable encore, la femme étant même en mauvais état ou en travail depuis longtemps, la poche des eaux étant rompue. Ce dernier fit écrire par un de ses élèves une thèse sur ce sujet. Dans cette étude, Lemoussu (1) rapporte 38 observations dans lesquelles les accoucheurs sont intervenus après le début du travail : quelques heures à 7 jours après la rupture des membranes. Les résultats obtenus permettent de ne plus considérer comme une contre-indication la rupture prématurée des membranes, la fatigue de la femme par un long travail. La contre-indication se trouve indiquée dans le sixième paragraphe de la conclusion ; c'est l'infection nette, avec de grosses élévations de température, frissonnements, fétidité des liquides.

Dans les cas douteux, on devra pendant les jours qui suivent l'opération, se tenir prêt à recourir à l'ablation de l'utérus. Cette conception nouvelle tend à limiter le champ de la césarienne mutilatrice et à supprimer l'embryotomie sur l'enfant vivant. »

De ce travail on peut augurer pour la césarienne conservatrice une ère nouvelle et un champ beaucoup plus étendu.

Mais tandis que les accoucheurs avaient une tendance à une thérapeutique opératoire de plus en plus marquée, que devenait l'accouchement prématuré ? Sous les coups que Pinard lui avait successivement portés, on n'en parlait guère plus en France ; on le pratiquait encore, mais sans

---

(1) Lemoussu. Thèse Paris, 1908. Contribution à l'étude de l'opération césarienne tardive.

essayer de lui faire engager une lutte trop vive avec les opérations nouvelles.

Les auteurs étrangers, plus préoccupés peut-être du point de vue pratique, l'avaient conservé. Hofmeïer (1), dans un article paru dans les Annales de gynécologie de 1903, disait : « Je tiens à déclarer que je ne juge toujours une opération justifiée et féconde en résultats que, toutes fois, je me suis de plus en plus rapproché du principe de Zweifel, qu'il faut le restreindre en faveur des opérations radicales pratiquées à la fin de la grossesse, qu'il ne faut pas le pratiquer avant la 36e semaine de la gestation, ni y recourir au cas de bassins à conjugué vrai au-dessous de 8 centimètres.

En 1904, de Regnier, dans une statistique, réunit 40 cas d'accouchements prématurés provoqués au moyen de la rupture des membranes ; pour ces 40 cas, la mortalité maternelle était nulle ; la mortalité fœtale montait à 12,5 0/0.

En 1905, Gallimard (2), dans sa thèse, a pu réunir 64 cas d'accouchements provoqués à la Clinique Tarnier, du 1er janvier 1898 au 1er janvier 1904.

La mortalité maternelle était nulle ; la mortalité fœtale s'élevait à 15,6 0/0. Sur ces 64 cas, les résultats variaient suivant les opérations. Budin avait fait lui-même 35 fois l'accouchement provoqué ; il avait obtenu 33 enfants vivants, soit une mortalité de 5,71 0/0. Sur le nombre d'enfants vivants, il n'y avait que 6 débiles, soit une proportion de 11,13 0/0.

En 1907, Léopold et Konrad faisaient paraître un travail

---

(1) Hofmeier. De la légitimité de la perforation sur l'enfant vivant. Annales Gynécologie, 1903.

(2) G. Gallimard. De l'avenir immédiat et éloigné des enfants nés par l'accouchement prématuré provoqué. Thèse Paris, 1905.

sur l'accouchement provoqué ; il était basé sur un total de 84 cas observés à la clinique de Dresde ; la mortalité des enfants fut de 15,47 0/0. Ces auteurs arrivent aux conclusions suivantes : que la mortalité, dans la première année, des prématurés a été moins forte (21 0/0) que celles des enfants nés à terme (25 0/0) ; ils donnent ensuite les indications et leur technique.

On voit par ces derniers travaux que l'accouchement prématuré artificiel n'avait pas complètement disparu. Au Congrès de Médecine de Budapest, en 1909, Postalozza lui consacra une bonne partie de son rapport. Il se plaignait de la tendance de certains accoucheurs à le rejeter sans discussion. « La clinique n'accepte pas des idées préconçues et inflexibles, d'autant moins justifiées que nous avons dû avouer l'insuffisance à certains égards de nos ressources actuelles. Et bien que destinée, selon toute probabilité, à disparaître dans l'avenir, cette opération garde encore sa place dans l'obstétrique, en raison du défaut de moyens plus rationnels de traitement. »

Un des griefs les plus importants invoqués contre l'accouchement provoqué est de faire naître trop de débiles ; aussi les accoucheurs qui l'employaient encore fréquemment ont-ils essayé de remédier à la mortalité trop grande des prématurés pendant les premières années. Budin, puis Maygrier se sont voués à cette tâche ; par les consultations de nourrissons ils sont arrivés à obtenir une survie de ces enfants qui va jusqu'à 94,16 0/0 ; leur débilité ne les empêche pas de devenir des adultes aussi robustes et aussi résistants que les enfants venus à terme.

Nous citerons, en terminant cet historique, l'apparition toute récente d'une opération césarienne nouvelle : la césarienne supra-symphysaire, encore appelée césarienne du segment inférieur ou extra-péritonale. Elle aurait l'avantage de supprimer les chances d'infection du péritoine et

l'éviter les adhérences intestinales, épiploïques. Elle a un grand inconvénient : c'est d'être beaucoup plus longue et d'une exécution beaucoup plus délicate que la césarienne classique. Cette opération, qui n'est que le rajeunissement de l'ancienne gastro-élytrotomie de Gaillard-Thomas, a été remise en honneur par Franck, par Sellheim et Latzko, enfin par Döderlein et Ffannensteil.

A peine naissante, elle n'a pas encore été l'objet de recherches assez approfondies pour que l'on puisse avoir une opinion précise de sa valeur.

Bar est arrivé à obtenir le taux de la mortalité maternelle et fœtale avec l'opération nouvelle ; pour les mères, il faut compter 3,09 0/0, chiffre moins élevé que celui de la césarienne classique : 6, 32 0/0 ; la mortalité fœtale est à peu près la même dans les deux opérations.

Telle a été l'évolution de la thérapeutique des viciations pelviennes depuis 1892.

Dans l'espace de vingt ans nous avons vu :

1° Le recul de l'accouchement prématuré ;

2° L'abandon de l'embryotomie sur l'enfant vivant ;

3° La réapparition de la symphyséotomie, sa période de splendeur et sa chute avec l'apparition de la pubiotomie ;

4° L'opération césarienne prendre enfin le premier rang parmi les opérations obstétricales (devant la section latéralisée du pubis) et son champ d'action s'étendre par la césarienne tardive ;

5° Enfin la rénovation de la gastro-élytrotomie par Franck.

Nous prendrons les résultats fournis par les diverses opérations et nous essayerons de voir si l'accouchement prématuré artificiel peut encore être compté parmi les opérations obstétricales ou s'il doit être rayé définitivement de l'Obstétrique pratique.

LE BASSIN RACHITIQUE

Examen du bassin. — Le professeur Pajot (1), dans son cours, examinait la situation de l'accoucheur en clientèle ; il distinguait trois cas :

Dans le premier cas : on vient consulter le médecin pour une jeune fille que l'on désire établir. Elle a souffert dans son enfance, marché très tard, et est actuellement un peu déformée ; on veut savoir si elle peut se marier, c'est-à-dire si elle peut devenir enceinte et accoucher sans danger pour elle.

Dans le second cas, on a marié une jeune fille sans consulter le médecin ou sans tenir compte de son avis contraire. Cette jeune femme est devenue enceinte, et craignant un accouchement difficile, elle vient, au cours de sa grossesse, réclamer les lumières de l'homme de l'art.

Enfin, dans le troisième cas, la femme est arrivée à terme ; elle est en travail souvent depuis plusieurs heures, depuis plusieurs jours même, et elle n'accouche pas. « Vous vous voyez appelé le troisième et le quatrième, et je me suis même vu appeler le onzième, devant une femme, en travail avec son rétrécissement. » (Pajot.) Le praticien est alors obligé de subir toutes les chances déplorables d'une pareille situation, et les moyens qu'il mettra en œuvre seront subordonnés au degré de rétrécis-

(1) Paulet. Thèse Paris, 1870

sement. La science et le raisonnement devront lui venir en aide et lui dicter sa ligne de conduite.

Que faire dans ces trois cas, qui résument la conduite de l'accoucheur ? Pajot va encore nous le dire.

Dans le premier cas, jetez sur la jeune fille un regard d'ensemble ; examinez sa stature, sa taille ; dans le plus grand nombre de cas, elle est au-dessous de la moyenne ; mais si cette femme est petite, très petite même, tenez-vous sur vos gardes. Toutes les femmes qui ont un rétrécissement du bassin ont un air de famille auquel ne se trompe jamais un œil exercé. Rappelez-vous le et sachez au besoin en tirer bon parti. Elles ont, en général, le front bombé, le menton en galoche, les regards désharmoniques ; l'allure de ces femmes n'est pas naturelle. Quelques-unes sont cambrées outre mesure et présentent alors ce qu'on a appelé l'ensellure. Faites-lui alors la question suivante, que, d'ailleurs, vous ne devez jamais négliger de faire à toute personne : « Mademoiselle, savez-vous à quel âge vous avez marché ? » Si elle ne peut vous donner de réponse satisfaisante, interrogez les parents. Le plus souvent, ces enfants ont marché fort tard, et lorsque, par hasard, ils ont commencé à marcher de bonne heure, ils ont éprouvé une époque d'arrêt dans cette marche, qui semblait d'abord s'annoncer sous de favorables auspices. Arrivez à l'examen des membres inférieurs ; vous savez de quelle importance est ici la moindre trace de rachitisme. Puis, terminez votre examen par la mensuration du bassin. Tel est le conseil de Pajot pour le premier cas. Après un interrogatoire méthodique, passons à l'examen du corps en général, et enfin mesurons le bassin. Cette dernière opération nous donnera la clef du problème ; après l'avoir faite, nous pour-

rons répondre à la première question et prédire à cette jeune fille quel sera son avenir obstétrical.

Dans le second cas, que fera l'accoucheur ? La jeune femme arrive chez lui au milieu de sa grossesse, plus tard même. Si elle vient vous consulter après le septième mois, et si, par le toucher, vous constatez la présence de la tête dans l'excavation, affirmez que l'accouchement se fera, car, chez les femmes qui ont un rétrécissement du bassin, la tête reste au-dessus du détroit supérieur ; dans le cas contraire, la question de l'accouchement provoqué doit être sérieusement posée ; il ne reste plus qu'à en fixer l époque, déterminée elle-même par le degré de rétrécissement.

Ici, de nouveau, il nous faut connaître les dimensions exactes du bassin. Mais pour fixer l'époque de l'intervention, il nous faudra connaître exactement l'âge de la grossesse et ensuite les dimensions de la tête fœtale. Des deux cas envisagés par Pajot, il ressort la nécessité absolue de la mensuration du bassin et de la tête fœtale, ainsi que la connaissance de l'âge de la grossesse. Nous étudierons successivement les deux premières données de notre problème en détail ; chemin faisant, nous parlerons de la détermination de l'âge de la grossesse, sans trop nous attarder sur ce facteur encore difficile à apprécier avec exactitude.

Avant de penser à mesurer un bassin, il vient tout naturellement à l'esprit de se demander ce qu'est le bassin rachitique, ou plutôt ce que sont les bassins rachitiques. Nous allons faire une étude anatomique rapide à ce sujet, et, lorsque nous connaîtrons les lésions que détermine le rachitisme, nous serons en mesure de les apprécier sur le vivant.

BASSINS RACHITIQUES

Le bassin rachitique est le plus fréquent des bassins viciés : sur 100 viciations pelviennes, 92,5 sont le fait du rachitisme. Cette maladie touche le bassin à trois époques différentes de la vie ; elle peut le léser, soit pendant la vie intra-utérine, soit après la naissance, dans la toute première enfance ; il peut encore apparaître pendant l'adolescence ; le bassin n'est alors touché que par contre-coup : ce sont les déviations de la colonne vertébrale qui en sont, en ce moment, les symptômes.

Mais de ces trois atteintes, la plus grave est le rachitisme de la première enfance ; c'est lui qui laissera dans l'organisme en formation des traces indélébiles de son passage. Voyons comment agit cette maladie. Deux actions nettes la caractérisent : d'abord, exagération de la malléabilité infantile des os ; en second lieu, arrêt du développement du tissu osseux.

Dans le premier cas, tandis que le petit enfant se développe, soit du fait de sa débilité, soit nourriture trop précoce, soit enfin allaitement artificiel, les os s'arrêtent dans leur développement, et il se produit des modifications dans leur manière d'être. Tout d'abord, dans une première phase, il se produit une vascularisation excessive, puis survient une résorption de matières calcaires, une décalcification des os. Que va-t-il arriver ? Les os de ce tout jeune enfant, qui étaient déjà malléables à cause de

son jeune âge, vont le devenir encore davantage. A ce moment (l'enfant a 12 à 15 mois), on va essayer de le faire marcher ; les segments inférieurs du squelette, soumis aux plus fortes pressions, vont subir des déformations, des distorsions, et nous aurons ces déviations des membres inférieurs, dont nous parlait Pajot tout à l'heure. Le bassin, se trouvant comprimé entre une pression et une contre-pression, va subir, lui aussi, du fait même de sa malléabilité excessive, une modification dans sa forme. Le sacrum va exagérer sa descente entre les os iliaques ; parfois, sa courbure s'exagère, et donne alors à l'excavation la forme d'un hameçon. Quelquefois, les parents, ennuyés des déformations qu'ils voient apparaître aux membres inférieurs de leur enfant, vont trouver le médecin, qui leur conseille de tenir l'enfant couché ; dans ce cas, le sacrum ne descend plus entre les os iliaques ; il reste à sa place, mais, par la position couchée, il a une tendance à pénétrer d'arrière en avant dans l'excavation et à annihiler sa courbure. Dans les deux cas, le bassin est symétrique, et donne, surtout dans le premier, l'impression d'un bassin normal exagéré. Le promontoire se trouve projeté en avant. Le bassin est aplati d'avant en arrière et semble élargi transversalement.

Le détroit supérieur est aplati ; son diamètre antéro-postérieur est diminué ; de 11 centimètres, il se réduit à 9 centimètres et demi dans les bassins peu rétrécis ; dans les bassins moyennement rétrécis, il est de 9 centimètres et demi à 8 centimètres ; enfin, dans les bassins très rétrécis, on le trouve au-dessous de 8 centimètres. Le diamètre obstétrical du détroit supérieur, qui est le plus important, se trouve être le plus touché. Le plus utile des diamètres du détroit supérieur est, en effet, le conjugué-vrai qui va du promontoire au point retro-pubien ; on l'appelle encore

promonto-pubien minimum, diamètre utile. Les diamètres transverses du détroit supérieur sont normaux et même agrandis.

L'excavation pelvienne est diminuée de hauteur. Les diamètres transverses vont en augmentant de haut en bas, de même des diamètres obliques. Le diamètre antéro-postérieur est lui-même exagéré. Pourtant, chez certains sujets, et c'est ce que nous avons vu plus haut dans notre second cas (l'enfant étant resté couché pendant la période de ramollissement), le sacrum projette sa face antérieure en avant ; on a alors un bassin que Pinard a appelé bassin canaliculé, les espaces intervertébraux constituant autant de faux-promontoires sacrés.

Le détroit inférieur est agrandi ; pourtant dans le bassin à sacrum en hameçon, le diamètre antéro-postérieur peut être rétréci.

Nous venons de voir le résultat de l'atteinte du bassin par le rachitisme et son influence lorsque la maladie n'étant pas traitée, on laisse marcher l'enfant pendant la période de ramollissement, on a ainsi un bassin rétréci, seulement au détroit supérieur, un bassin annelé ; si le rachitisme est dépisté, et si l'on essaye de traiter l'enfant, la période de ramollissement étant installée, le bassin devient canaliculé.

Mais il est une condition nouvelle que nous n'avons qu'entrevue, l'enfant peut n'avoir jamais marché, le rachitisme a évolué sans déformations apparentes, il s'est produit de façon sournoise, mais il existe pourtant. Comment a-t-il agi dans ce cas ? Par arrêt dans le développement des os. Ici, le ramollissement n'a pu évoluer, le bassin a gardé sa forme normale, mais au lieu de nous donner un bassin avec ses dimensions ordinaires, nous nous trouvons devant un bassin qui manque d'étoffe ; il y

a perfection de formes, mais angustie généralisée ; de plus, les os sont grêles.

« La réduction des diamètres n'est jamais considérable (au maximum, un centimètre et demi). C'est dire que, lorsque le conjugué-vrai mesure moins de 8 cm. 5, le bassin ne conserve plus sa perfection de formes et rentre dans la classe des bassins aplatis et généralement rétrécis. » (Commandeur.)

Mais le rachitisme n'a pas touché que les os ; tous les tissus de l'organisme ont été frappés. A l'élément rétrécissement osseux, vient se joindre l'atrésie des parties molles, et nous verrons plus loin que, dans le cas de bassins généralement rétrécis, il nous faudra compter avec ce facteur, élément nouveau de dystocie.

Tel est, rapidement esquissé, le bassin rachitique. Entre les quatre grands groupes que nous avons essayé de distinguer, il y en a une infinité d'autres. L'examen méthodique devra nous les faire découvrir dans notre pratique journalière. Nous avons vu que le rachitisme commençant à toucher les membres inférieurs, puis le bassin, il a une marche en quelque sorte ascendante ; à l'inspection, nous pouvons encore constater, au niveau du thorax, la disposition en carène du sternum, sur les côtés du sternum, de petites nouures étagées : le chapelet du rachitisme et enfin l'air de famille de Pajot.

Comment allons-nous mesurer ce bassin rachitique ?

L'examen du bassin comprend la pelvimétrie externe, la pelvimétrie interne, la radiographie et la radio-pelvimétrie.

Avec l'aide de ces méthodes, nous mesurerons d'abord le détroit supérieur, puis l'excavation, et enfin le détroit inférieur.

MENSURATION DU BASSIN

Pelvimétrie externe. — La simple inspection peut nous indiquer le genre de bassin que nous allons mesurer. Les crêtes iliaques et les trochanters font-ils fortement saillie, il y a des chances pour que le bassin soit aplati. Les os paraissent-ils grêles, amincis, pensons au rétrécissement généralisé. Les fossettes, creusées au niveau des épines iliaques postérieures, ne sont-elles pas sur la même ligne horizontale, méfions-nous, le bassin doit être asymétrique ?

La pelvimétrie externe qeu Baudelocque avait mise en pratique, ne donne que des résultats approximatifs ; elle permet de présumer l'existence d'un rétrécissement, mais non d'apprécier exactement sa valeur.

On se sert, pour la pratiquer, d'instruments spéciaux, les pelvimètres, qui ne sont que des compas d'épaisseur. A l'aide de ces instruments, on fait la mensuration exté rieure du bassin, et, après déduction d'un certain chiffre variable, suivant le diamètre mesuré, on peut déduire l'étendue du diamètre interne correspondant.

Dans le bassin normal, le diamètre externe antéro-postérieur (diamètre de Baudelocque), qui va de la face antérieure du pubis à la saillie de l'apophyse épineuse de la cinquième vertèbre lombaire, doit mesurer en moyenne 20 centimètres.

Si le conjugué externe mesure moins de 17 centimètres, le bassin est rétréci dans le sens antéro-postérieur.

Pour ce diamètre, on peut accepter les conclusions de Litzmann :

Si le conjugué externe mesure moins de 16 centimètres, le bassin est toujours rétréci dans cette direction ; au-dessous de 19 centimètres, il y a un rétrécissement dans plus de la moitié des cas ; entre 19 et 21 centimètres et demi, à peine une fois sur dix, et au-delà de 21 centimètres et demi, à peu près jamais.

Pour obtenir le diamètre promonto-pubien minimum, il suffit de retrancher du chiffre obtenu par la pelvimétrie externe, une constante qui est de 9 centimètres et demi en moyenne pour ce diamètre.

Les autres diamètres, qu'il est intéressant de mesurer, sont le bi-épineux qui mesure normalement 24 centimètres ; le bi-crête = 28 centimètres, et le bi-trochantérien, = 32 centimètres.

Le bi-trochantérien est-il inférieur à 32 centimètres, il peut y avoir présomption de rétrécissement transversal; il est à peu près certain, si ce diamètre est inférieur à 28 centimètres. On ne peut déduire de son estimation la valeur du diamètre tranverse interne à cause de l'impossibilité d'évaluer l'épaisseur des os et des parties molles.

Les diamètres bi-crête et bi-épineux, par leurs rapports réciproques, renseignent sur la forme et les dimensions des ailes iliaques.

Dans les bassins rachitiques, la partie antérieure des ailes iliaques étant déjetée en dehors, le diamètre bi-épineux tend à devenir égal au diamètre bi-crête.

Nous voyons par cet exposé rapide que la pelvimétrie externe ne peut être utile qu'en nous avertissant d'un rétrécissement possible. Les résultats qu'elle nous donne sont tout à fait insuffisants, au point de vue de la connaissance de la viciation du bassin.

Pelvimétrie interne. — Celle-ci, au contraire, va nous permettre la mensuration exacte d'au moins un des diamètres du détroit supérieur, le plus important à connaître dans la plupart des cas : le diamètre qui va de l'angle sacro-vertébral au point le plus saillant de la face postérieure de la symphyse pubienne. Celui-ci a été appelé : conjugué vrai en Allemagne et en Italie ; diamètre utile par Pinard ; promonto-pubien minimum par Budin.

La mensuration de ce diamètre est très délicate : cela tient à ce que l'une de ses extrémités est difficilement accessible. Elle peut être directe, en la faisant sur les deux extrémités du diamètre ; indirecte en la déduisant d'un diamètre plus facilement mensurable, le promonto-sous-pubien.

Pelvimétrie directe. — C'est la pelvimétrie instrumentale ; elle a été la cause de l'invention d'un très grand nombre d'appareils, dont le principe est celui d'un compas, chaque branche venant appuyer, l'une, sur l'angle sacro-vertébral, l'autre, sur le point retro-pubien. Que ces pelvimètres soient en forme de pince comme celui de Stein ; qu'il s'agisse de compas angulaire (Van Huevel, Mme Boivin) ; d'un compas à glissière (Coutouly, Crouzat) ; d'un compas à glissière compliqué d'une sonde-équerre vésicale, comme dans la modification du pelvimètre de Crouzat, faite par Farabeuf, tous ces instruments sont tombés dans l'oubli. Ils ont des inconvénients : 1° leur application est difficile, douloureuse, parfois totalement impossible, si la tête est tant soit peu engagée ; 2° les résultats qu'ils accusent sont, dans la majorité des cas, erronés ; il faut tenir compte de l'épaisseur des parties molles rétro-symphysaires, et elle varie d'un sujet à l'autre.

Cette méthode ingénieuse a été peu à peu abandonnée et a fait place à la pelvimétrie indirecte ou digitale, qui reste aujourd'hui le procédé de choix pour la mensuration du promonto-pubien minimum.

Pelvimétrie indirecte ou digitale. — Elle consiste : 1° à mesurer non plus le diamètre promonto-pubien minimun, mais le promonto-sous-pubien qui va de l'angle sacro-vertébral au bord inférieur de la symphyse ; 2° à déduire ensuite de la longueur de ce diamètre une quantité plus ou moins grande qui donne la longueur du conjugé vrai. Ce procédé comprend deux temps : 1° la mensuration du promonto-sous-pubien ;

2° La déduction à faire et son estimation.

1° *Mensuration du promonto-sous-pubien.* — Le toucher vaginal ordinaire doit nous renseigner sur le rétrécissement du bassin, sur la disposition du sacrum.

Le toucher mensurateur sera pratiqué sur la femme couchée, la tête peu élevée, les cuisses légèrement fléchies sur le bassin et en abduction. On procède à un nettoyage complet des mains et, après asepsie soigneuse, on introduit un doigt, l'index s'il est assez long, l'index et le médius dans le cas contraire, dans le vagin. Les doigts sont poussés dans une direction oblique, en haut et en arrière, et vont à la recherche du promontoire.

Pour obtenir de bons résultats, il faut avoir soin de bien abaisser le coude jusqu'au contact du lit ; plus le coude est bas et plus l'index et le médius se placent suivant le diamètre promonto-sous-pubien.

Recherche du promontoire. — Dans le bassin normal, on n'atteint pas le promontoire, sauf chez quelques rares multipares à tissus très souples, à périnée déchiré dans

les accouchements antérieurs. Dans les bassins rétrécis, le promontoire est plus ou moins facilement accessible. Une erreur assez fréquente consiste à prendre pour le vrai promontoire la saillie formée par la ligne d'union des deux premières pièces sacrées ; elle est due à un toucher mal fait, le coude n'étant pas placé assez bas. Il est d'ailleurs facile de se rendre compte de l'exactitude de son exploration. S'il s'agit du vrai promontoire, la saillie convexe de l'angle sacro-vertébral se continue par une crête, d'abord fuyante en arrière, puis en dehors, qui n'est autre chose que le bord antérieur de l'aileron du sacrum ; sinon, l'exploration latérale dans le cas de faux promontoire, nous fait arriver dans une dépression qui correspond au trou sacré antérieur au niveau duquel la pression est douloureuse.

Mensuration du promonto-sous-pubien. — La situation exacte du promontoire étant connue, on procède à la mensuration. La pulpe de l'index dans le toucher unidigital, du médius dans le toucher à deux doigts, est placée sur le point le plus saillant du promontoire. Le bord radial de l'index est relevé et appliqué sous la symphyse. Avec l'index de l'autre main, on repère le point où le bord inférieur de la symphyse rencontre le bord radial de l'index introduit dans le vagin. On peut alors, avec l'ongle de l'index de la main libre, imprimer sur la peau le point de contact du sous-pubis. On peut encore retirer la main vaginale des voies génitales en laissant les index en contact ; il ne reste plus qu'à mesurer la distance comprise entre la marque de pression unguéale et l'extrémité de l'index ou du médius pour avoir la valeur du promonto-sous-pubien.

2° *Evaluation du promonto-pubien minimum.* — Cette opération est rendue difficile, car l'on est obligé de retran-

cher du chiffre trouvé pour le promonto-sous-pubien une valeur qui n'est pas une constante et qui varie avec un certain nombre de conditions. En général, le promonto-pubien minimum mesure 1 cm. 5 de moins que le promonto-sous-pubien, mais la différence entre ces deux diamètres peut aller de 5 mm. à 2 cm. 8. Le conjugué vrai est cependant mensurable avec une approximation suffisante en clinique. Les conditions qui font varier les rapports entre ces deux diamètres sont connues ; elles sont au nombre de quatre : la hauteur de la symphyse, son inclinaison, l'élévation du promontoire et l'épaisseur de la symphyse.

1° *Hauteur de la symphyse.* — En moyenne, la symphyse a 4 centimètres de hauteur ; elle peut atteindre 5 ou 6 centimètres quand les os sont épais. Plus la symphyse est haute, plus la différence de longueur entre le diamètre promonto-sous-pubien et le diamètre utile sera accentuée et plus la déduction à faire sera forte. Pinard a dit que si la symphyse mesure moins de 4 cm., il suffit de retrancher 1 cm. à 1 cm. 5 ; si elle a plus de 4 cm., on déduit 1 cm. 5 à 2 cm.

2° *Inclinaison de la symphyse.* — Plus la symphyse est inclinée en arrière et plus la déduction est forte, le conjugué vrai se rétrécissant, tandis que le promonto-sous pubien augmente. Si elle est inclinée en avant, les deux diamètres tendent à prendre une valeur égale et la déduction doit être faible.

3° *Hauteur du promontoire.* — Plus celui-ci est élevé et plus la différence entre le diamètre utile et le promonto-sous-pubien est grande ; la différence oscille entre 5 millimètres et 29 millimètres.

Le promontoire est-il très élevé, il faut retrancher 2 cen-

timètres environ ; l'est-il moyennement, 1 centimètre et demi suffit. S'il est abaissé ou peu élevé, de 0 cm. 5 à un centimètre.

4° *Epaisseur de la symphyse.* — Il est des femmes dont les os sont épais, et chez lesquelles l'articulation symphysaire est volumineuse et déborde la surface rétro-pubienne par un cartilage interpubien. Celui-ci peut faire une saillie assez considérable, et diminuer le conjugué vrai d'une quantité qui peut aller jusqu'à un centimètre. On se rendra facilement compte de cette dernière cause d'erreur, en recherchant, avec l'index introduit dans le vagin, si cette saillie n'est pas trop volumineuse.

Tous ces éléments peuvent se combiner, s'ajouter ou se balancer. On voit par là qu'il est très difficile de fixer une règle précise pour l'évaluation du diamètre utile. Il n'est pas d'accoucheur qui ait essayé de donner un chiffre moyen, sorte de constante à retrancher de la valeur du promonto-sous-pubien.

Voici les quantités déduites par quelques auteurs :

Jacquemier donne	6	millimètres
Velpeau	—	10	—
Pajot	—	10	—
Schrœder	—	17,5	—
Depaul	—	15	—
Litzmann	—	18	—
Tarnier	—	15	—

Le chiffre de Tarnier s'applique à tous les bassins sauf aux bassins très rétrécis, mesurant moins de 6 centimètres de promonto-sous-pubien où la déduction doit être de 1 centimètre seulement.

En règle générale, on retranche aujourd'hui en moyenne

1 centimètre 5. On fait varier ce chiffre suivant les cas divers que nous avons vus plus haut.

Ainsi, grâce à un procédé à la portée de tous par sa facilité extrême avec une instrumentation qui se réduit à un ruban métrique, on peut facilement se rendre compte du rétrécissement d'un bassin dans le sens antéro-postérieur et savoir la valeur du diamètre utile.

La mensuration du diamètre promonto-pubien minimum nous indique le rétrécissement du détroit supérieur, mais ne nous permet pas de conclure la forme de ce détroit supérieur rétréci. La méthode digitale va encore nous être utile pour en connaître les diamètres transverses et confirmer les données de la pelvimétrie externe relatives au rétrécissement généralisé. Les conditions de l'accouchement sont autres dans un bassin plat et un généralement rétréci et à rétrécissement antéro-postérieur égal, il aura lieu sans incidents dans le bassin aplati et ne se fera pas dans le bassin généralement rétréci.

Pelvigraphie. — *Mensuration du transverse médian. — Pelvigraphie digitale.* — Aucun procédé de pelvimétrie interne ne permet l'appréciation exacte de ce diamètre. Velpeau avait conseillé d'introduire la main entière dans le vagin, procédé on le conçoit un peu douloureux. Une méthode nouvelle, basée sur le toucher vaginal, permet de se rendre compte de la forme du détroit supérieur. On en trouve l'idée dans la thèse de Perret. « La méthode digitale va nous servir pour explorer les parties latérales du bassin. Si celui-ci est normal, le doigt introduit dans le vagin ne rencontre que la moitié antérieure environ de la ligne innominée ; la moitié postérieure est inaccessible ; aussi, si le bassin est rétréci non seulement dans le sens antéro-postérieur, mais encore latéralement, le doigt atteindra, suivant le rétrécissement, une partie plus ou

moins grande de la moitié postérieure de cette ligne; il appréciera le système ou l'asymétrie de chaque moitié du bassin et en déduira si le bassin est généralement rétréci ou non, s'il l'est peu ou beaucoup, autant de connaissances qui guideront l'accoucheur dans la conduite qu'il aura à tenir. »

Cette méthode a été perfectionnée par Fochier. On peut avec elle explorer l'arc antérieur du bassin, l'arc postérieur et évaluer approximativement le rayon de courbure de l'arc antérieur. Si l'on reporte sur le papier et la valeur du promonto-pubien minimum et la valeur du rayon de courbure de l'arc antérieur, on peut faire un schéma à l'aide des impressions que l'on aura reçues pendant ce toucher et obtenir ainsi un contour approximatif du détroit supérieur. Cette méthode est la *pelvigraphie digitale.*

La femme étant dans la position où nous l'avions mise pour la mensuration du diamètre utile, la face palmaire des doigts introduits dans le vagin parcourt la face postérieure de la symphyse et la ligne innominée. Pour ne pas avoir d'impression fausse, on peut explorer la moitié droite du bassin de la main droite, la moitié gauche de la main gauche. Cette exploration nous fait connaître l'existence du bourrelet rétro-symphysien, nous renseigne sur l'épaisseur des os et permet d'évaluer le rayon de courbure de l'arc antérieur.

Cette dernière détermination demande une grande habitude et en quelque sorte une éducation du toucher. « Dans le bassin normal, le doigt trouve à gauche et à droite de la symphyse une longue surface plane de 3 à 4 centimètres ; l'arc antérieur est à bonne courbure, les transverses sont conservés. C'est cette sensation que l'on a dans le bassin aplati, elle peut même être plus accen-

tuée que dans le bassin normal ; l'arc antérieur paraît rectiligne sur une longueur de plusieurs centimètres ; les transverses sont agrandis.

» Quand le bassin est généralement rétréci, les doigts qui parcourent la ligne innominée sentent une surface plane de un ou deux centimètres derrière la symphyse ; puis, la direction de la ligne innominée change plus ou moins brusquement et devient antéro-postérieure ; les doigts sont portés vers la symphyse sacro-iliaque et le promontoire ; ils explorent sans peine tout le détroit supérieur ; les transverses sont diminués. » (Fabre.)

Le rayon de courbure de l'arc antérieur est d'environ 6 centimètres, le redressement de la courbure implique une diminution du rayon ; en effet, dans le bassin généralement rétréci, le rayon de courbure est de 5 centimètres environ. La courbure s'exagère-t-elle, son rayon devient plus grand, sa valeur devient alors égale à 7 centimètres.

Nous connaissons l'arc antérieur et son rayon de courbure, il ne nous reste plus qu'à explorer la région postérieure. De chaque côté du promontoire, se trouve une excavation à concavité antérieure. Ces deux excavations portent le nom de sinus sacro-iliaque. La profondeur du sinus est subordonnée à la projection en avant du promontoire.

Les doigts qui font le toucher doivent encore nous avertir d'un fait possible, l'asymétrie du bassin : ceci arrive lorsque par la simple inspection de la femme, nous avons pressenti quelque chose d'anormal : le toucher, ici, nous montre que les deux rayons de courbure droit et gauche n'ont pas la même valeur.

On n'a plus qu'à tracer sur le papier le contour du bassin.

Dans toutes ces opérations, il est une précaution que doit prendre l'accoucheur : c'est de faire évacuer le rectum et la vessie s'il veut avoir des résultats utiles.

Le détroit supérieur nous est maintenant connu, il nous faut poser un diagnostic exact, nous assurer de la forme de l'excavation, puis de celle du détroit supérieur; ces deux déterminations sont le complément nécessaire de l'examen du bassin.

Examen de l'excavation. — Cet examen porte sur les quatre parois. L'antérieure, formée par la symphyse, est déjà connue, nous l'avons explorée tout à l'heure pour reconnaître l'épaisseur des os, l'existence du bourrelet retro-symphysaire et l'examen de l'arc antérieur. La paroi postérieure est formée par le sacrum, la mensuration exacte de sa hauteur n'est pas possible, mais on peut apprécier sa courbure. Cette dernière peut être exagérée ; le doigt qui suit la face antérieure du sacrum à partir du promontoire perd contact avec elle sur un certain espace, puis la retrouve à nouveau au sommet du sacrum. La courbure est-elle très exagérée, on se trouve en présence d'un sacrum en forme de hameçon.

Parfois, au contraire, cette courbure est redressée et la face antérieure du sacrum est accessible sur toute sa hauteur. On sent, étagées, de véritables crêtes transversales séparant le corps des vertèbres sacrés, formant autant d'angles, qui ne sont que les faux-promontoires sacrés.

L'exploration des parties latérales de l'excavation comprend l'examen de la région cotyloïdienne et des épines sciatiques. La première région est ordinairement verticale ; parfois, lorsque l'ischion est projeté en dedans, le bassin étant rétréci au détroit inférieur, cette surface est, elle, inclinée en dedans, de haut en bas.

Les épines sciatiques sont perçues à la région postérieure des faces latérales ; parfois elles sont saillantes en avant, parfois rapprochées l'une de l'autre.

De tous ces éléments, les plus importants à connaître sont la face postérieure de la symphyse et la courbure du sacrum, qui nous indiquera si le bassin est rétréci simplement au détroit supérieur, bassin annelé, ou si l'excavation est rétrécie, bassin canaliculé.

Examen du détroit inférieur. — Cette exploration comprend trois déterminations : La mensuration du coccy-sous-pubien et du sous sacro-sous-pubien, celle du bi-ischiatique et l'appréciation de la forme de l'arcade pubienne.

Mensuration du coccy-sous-pubien. — Se fait comme pour la mensuration du promonto-sous-pubien. L'index introduit dans le vagin va à la recherche de la pointe du coccyx. Le bord radial de l'index relevé vient appuyer contre le sous-pubis ; on mesure comme pour le promonto-sous-pubien à l'aide d'un ruban métrique, la longueur trouvée : ce diamètre mesure normalement 9 cm. 5.

Mensuration du sous-sacro-sous-pubien. — Ce diamètre se mesure par pelvimétrie externe. La femme couchée sur le côté, on recherche l'interligne articulaire de l'articulation sacro-coccygienne. Ce point se trouve en moyenne à 5 centimètres de l'extrémité du coccyx. Lorsqu'on l'a trouvé, on mesure au compas la distance qui le sépare du sous-pubien ; on défalque de ce chiffre 1 centimètre environ pour avoir le diamètre vrai.

Mensuration du bi-ischiatique. — Peut être mesuré par les procédés externes et internes. Les premiers, seuls, sont employés en pratique courante.

Pour faire cette détermination, la femme est placée dans le décubitus dorsal, les cuisses fléchies et écartées. On recherche avec la pulpe des pouces les lèvres internes des tubérosités ischiatiques en déprimant les téguments. On fixe l'extrémité des ongles à cet endroit ; il ne reste plus qu'à mesurer la distance qui sépare les deux pouces, soit avec un compas, soit avec un ruban métrique. Il faut ajouter au chiffre trouvé 10 à 15 millimètres pour l'épaisseur des parties molles de chaque côté. Ce diamètre mesure en moyenne 10 centimètres.

Forme de l'arcade pubienne. — La mensuration du bi-ischiatique donne bien, en quelque sorte, la portée de l'arcade sous-pubienne, mais ne donne aucun renseignement sur la hauteur, à peine indique-t-il sa courbure.

Pour obtenir une appréciation exacte de cette dernière, Sellheim a imaginé un procédé spécial ; il consiste, la femme étant toujours dans le décubitus dorsal, à appliquer la face palmaire des pouces en abduction le long des branches ischio-pubiennes, leur extrémité se rejoignant sur la ligne médiane, l'angle formé par le pouce et l'index embrassant les ischions.

Radio-pelvimétrie et radio-pelvimétrie-métrique. — Avec ces dernières déterminations, nous sommes en pleine connaissance de notre bassin. Des méthodes que nous avons étudiées, la pelvimétrie digitale est la seule qui, vraiment pratique, puisse donner des résultats satisfaisants. La Pelvigraphie de Fochier demande une extrême habitude, une éducation spéciale. Nous voyons cependant combien, malgré la multiplicité des procédés, les résultats sont vagues.

Depuis quelques années, une méthode mathématique de mensuration et d'examen du bassin s'est créée, nous

voulons parler de la radiographie et de la radio-pelvimétrie. Malheureusement, ce procédé est inapplicable encore en pratique journalière ; les résultats obtenus lui assurent un brillant avenir, mais de longtemps ce sera une méthode de laboratoire, applicable seule dans les cliniques obstétricales ou dans les grandes villes et pour une clientèle spéciale.

Radio-pelvimétrie. — En 1897, au Congrès de Moscou, Varnier présente sa méthode de radio-pelvimétrie. A la suite de travaux nombreux, il avait pu établir un procédé de mensuration du diamètre du bassin. Il apportait à ce congrès de la radio-pelvimétrie par comparaison. On déduisait la forme d'un bassin en comparant l'image obtenue sur la femme vivante avec des radiographies de bassins secs, radiographiés dans des conditions identiques.

En 1901, il présente à l'Académie des sciences les premiers résultats de la nouvelle méthode « radio-pelvigraphie et radio-pelvimétrie à longue portée ». Ce procédé nouveau devait diminuer les déformations dues au rapprochement du tube de Crookes de la plaque. C'était déjà un progrès sur la méthode de radiographie par comparaison. dont les résultats étaient toujours entachés d'erreur. En 1899, Fochier et Fabre avaient proposé la radiographie métrique. Ce procédé consiste à radiographier en même temps que la région à reproduire, des règles métalliques portant des dents de 1 centimètre d'écartement. Les règles sont placées dans le plan des diamètres du bassin que l'on veut mesurer ; elles subissent la même déformation que le détroit supérieur. Sur la plaque, le nombre de dents correspond à un même nombre de centimètres.

Fabre, dans son Obstétrique (1), décrit tout au long son procédé ; il donne les indications de sa méthode : « En dehors de la grossesse, dit-il, elle est indiquée : 1° dans les cas de maladies chirurgicales ou médicales à retentissement possible sur le squelette ;

» 2° Dans le cas de dystocie mal déterminée à un accouchement antérieur.

» Pendant la grossesse, la radiographie est possible jusqu'à terme ; elle est spécialement indiquée : 1° dans le cas de viciation pelvienne probable ou diagnostiquée : 2° dans les présentations vicieuses du fœtus. En position sur le ventre, on obtient une bonne image de squelette fœtal. »

Que vaut cette méthode ? Fabre assure que les erreurs sont d'environ 2 millimètres d'après les mensurations de bassins radiographiés pendant la vie, recueillis et mesurés à l'autopsie.

Certains auteurs lui reprochent :

1° De ne pas donner exactement le contour du promontoire, qui, dans bien des cas, reste invisible. Pour obvier à cet inconvénient, Tixié a proposé de porter le doigt, muni d'un dé, jusqu'au contact de l'angle sacro-vertébral, Fabre de radiographier les femmes dans le décubitus ventral ;

2° De n'être applicable qu'à l'état de vacuité de l'utérus ou début de la grossesse, privant ainsi l'accoucheur de ses renseignements au moment où il en aurait le plus besoin.

Il n'en reste pas moins que c'est une excellente méthode qui donnera, avec les progrès apportés dans son instru-

---

(1) Fabre. Obstétrique ; Baillière, Paris, 1910.

mentation et dans sa technique, des résultats fort utiles. Le seul inconvénient sérieux qu'elle présente, c'est d'être une méthode de laboratoire utilisable seulement dans les grands centres. Dans la majorité des cas, les procédés simples de la pelvimétrie externe et de la pelvimétrie interne digitale donneront à l'accoucheur des renseignements suffisants pour qu'il puisse baser sur eux sa ligne de conduite.

MENSURATIONS DE LA TÊTE FŒTALE

Ayant ainsi acquis la certitude que le bassin est rétréci au détroit supérieur, un problème nouveau se pose : celui de la mesure des dimensions de la tête fœtale. Connaissant le degré de rétrécissement pelvien, la tête du fœtus pourra-t-elle passer à travers la filière pelvi-génitale rétrécie. Cette dernière recherche est très difficile et les résultats sont relativement faux. Nous savons que lorsque la tête s'engage, le diamètre bi-pariétal est celui qui se place suivant le diamètre promonto-pubien minimum, dont le rétrécissement est presque toujours la cause de dystocie. Budin (Mémoire sur les dimensions de la tête fœtale) prétend que ce diamètre, en particulier, se réduit le moins pendant l'accouchement.

Pour ce qui est du volume fœtal, on s'est demandé quelle était la différence entre le développement du fœtus dans les bassins normaux et dans les bassins rétrécis. La Torre, dans sa thèse, a étudié la question ; ses conclusions sont :

1° Le poids moyen des fœtus à terme, conçus dans les bassins rétrécis, doit non seulement être considéré comme égal à celui des fœtus à terme conçus dans les bassins normaux, mais assez souvent il est supérieur.

2° Dans les bassins rétrécis, le poids des fœtus des primipares est tout au moins égal au poids des fœtus des multipares.

D'autre part, Budin et Ribemont ont montré que les dimensions de la tête fœtale étaient en rapport avec le poids de l'enfant. Puisque nous venons de voir que le poids est le même dans les bassins viciés ou non, il n'y a par conséquent aucune distinction à faire. Les dimensions des fœtus des bassins viciés étant approximativement identiques à celles des fœtus des bassins normaux, connaissant, en outre, les diamètres de la tête fœtale normale, aux divers mois de la grossesse, nous pourrons appliquer ces résultats à la tête fœtale des bassins viciés.

D'après les mensurations de P. Dubois, le bi-parietal, dans les derniers mois de la grossesse, mesurerait :

à 7 mois.	2 pouces, 6 ou 7 lignes	=	66 à 68 m/m.
à 8 —	3 — 1 ou 2 —	=	82 à 85 —
à 9 —	3 — 6 ou 7 —	=	93 à 95 —

Ces mensurations, reprises ensuite, ont donné à Tarnier et Sée :

7 c/m. à 7 mois
7 c/m. 1/2 à 7 mois 1/2
8 c/m. à 8 mois
8 c/m. 1/2 à 8 mois 1/2
9 c/m. 1/2 à terme.

Il semblerait ressortir de cette donnée que, connaissant l'âge de la grossesse, l'on pourrait en déduire la valeur relative du bi-parietal ; petit calcul facile en apparence, mais très souvent erroné ; le diagnostic précis de l'âge de la grossesse est chose illusoire. Les femmes sont souvent mal réglées, la date de la fécondation est chose inconnue, et l'approximation de 5 jours avant ou après les règles, point de repère ordinaire, peut entraîner des erreurs. La femme peut avoir été fécondée avant la dernière période menstruelle ou tout au moins dans les

derniers jours qui précèdent ; or, si l'on ajoute 5 jours aux dernières règles, cela fait de suite (pour peu que les règles soient longues) une différence qui peut aller de 15 jours à trois semaines, temps pendant lequel notre tête fœtale s'est accrue et a vu augmenter son diamètre bi-pariétal de cinq millimètres à huit millimètres.

Sur quoi se baser alors ? Sur le volume du ventre ! La mensuration de la circonférence abdominale au niveau de l'ombilic, chez la femme à terme, donne en moyenne 92 centimètres. Mais ces mensurations n'ont pas été faites aux divers mois de la grossesse, et de plus, même à terme, ce chiffre subit des variations parfois considérables chez les multipares et dans le cas de bassin rétréci ; la masse intestinale peut elle même par sa distension devenir une nouvelle cause d'erreur. Cette mensuration pourra pourtant être utile lorsqu'on se trouvera en présence de gros œufs ou de gros fœtus.

La mensuration de la hauteur utérine au-dessus du pubis nous donnera-t-elle des résultats meilleurs ? Ce dernier procédé aux résultats excellents dans les cas normaux nous donne, dans les cas de bassins rétrécis, des résultats variables. La hauteur utérine est plus grande que d'habitude, par suite du non-engagement de la tête fœtale dans les derniers mois.

Pour une estimation à peu près exacte, ces données ne peuvent nous servir de base.

Perret, dans sa thèse de 1895, propose la mensuration directe de la tête fœtale au travers de la paroi abdominale ; il est arrivé à en avoir, à 1 ou 2 millimètres près par excès, les diamètres principaux. Voici son procédé : « Il consiste à mesurer directement à travers la paroi abdominale le diamètre occipito-frontal, puis à retrancher de la longueur trouvée une quantité telle que ce qui reste

représente la grandeur du diamètre bi-pariétal. Pour que la détermination du diamètre occipito-frontal soit possible, il faut que la tête ne soit pas trop engagée dans l'excavation ; mais n'oublions pas que c'est justement dans ce cas qu'il importe de connaître ses diamètres. La femme étant couchée sur le dos, on place les mains de chaque côté du ventre comme lorsque l'on veut reconnaître si la tête est engagée ou non ; si elle l'est, inutile d'aller plus loin, l'accouchement est possible ; si elle ne l'est pas, on la place autant que possible en position transverse ; les draps et les couvertures sont roulés sur la face antérieure des cuisses et forment ainsi un coussin qui supportera, tout à l'heure, l'arc gradué du céphalomètre de Budin dont on va se servir. On saisit l'extrémité des branches de cet instrument tout près du bouton terminal et de manière que ce bouton soit maintenu entre le médius et l'annulaire par l'extrémité de la phalangette, et on recommencera le palper de la tête. On applique ainsi, en même temps que la pulpe des doigts, les boutons du céphalomètre, l'un sur le front, l'autre sur l'occiput. On lit sur l'arc gradué l'écartement des deux branches, on retranche de la grandeur trouvée l'épaisseur de la paroi abdominale que l'on obtient en faisant un pli à cette paroi et en mesurant l'épaisseur de ce pli. Le reste de la déduction représente la grandeur du diamètre occipito-frontal, et si l'on se rappelle que chez un fœtus à terme, le diamètre bi-pariétal mesure 25 millimètres de moins que le diamètre occipito-frontal, en retranchant 2 centimètres 1/2 de la longueur trouvée tout à l'heure, on aura la grandeur du diamètre bi-pariétal. » Telle est la méthode de Perret.

En 1906, Steffano della Chiaie, après des mensurations nombreuses, en est arrivé à conclure que le diamètre occipito-frontal était supérieur au bi-pariétal de :

25 m/m dans 12 o/o des cas
24 à 20 — — 40 o/o —
19 à 15 — — 26,7 o/o —

Le rapport entre ces deux diamètres est donc variable ; ces variations ne sont pas en rapport avec l'âge de la grossesse. On réduirait au minimum les risques d'erreur en ne faisant pas, pour obtenir le bi-parietal quand on connaît l'occipito-frontal, une diminution de 25 millimètres, mais simplement une diminution de 20 millimètres.

En 1871, Ahlfeld, dans les Archives de gynécologie, avait fait paraître une méthode de mensuration de la tête fœtale en la déduisant de la longueur totale du fœtus. La difficulté de cette méthode consiste dans l'évaluation de la longueur du fœtus in utero : le coccyx se trouvant à la partie médiane du corps, il suffira, pour avoir la longueur totale, de mesurer le fœtus du coccyx au sommet de la tête. Mesurons cette distance : Ahlfeld montre que, chez les multipares, elle est égale à la distance qui sépare le bord supérieur de la symphyse du fond de l'utérus ; mais il n'en est pas de même chez les primipares, à cause de l'engagement précoce de la tête.

Dans les présentations longitudinales, il emploie le pelvimètre de Baudelocque. Il commence par déterminer exactement la position de l'extrémité fœtale la plus élevée, tête ou coccyx. On marque ce point à l'encre. On introduit avec deux doigts une des branches du pelvimètre dans le vagin, au contact d'une extrémité fœtale ; l'autre branche est placée sur le repère à l'encre. On lit l'écartement des branches.

Dans les présentations transversales, il détermine la position des extrémités fœtales par le palper et mesure la distance qui les sépare à l'aide du même pelvimètre. Il

ne reste plus qu'à doubler les chiffres pour avoir la longueur totale du fœtus.

En opérant ainsi, cet auteur est arrivé aux conclusions suivantes :

Un fœtus de 50 cm.	de l. a un	bi-pariétal de	9 cm, 6,	un bitemporal de	7 cm. 77
— 49 cm	—	—	8 cm. 75,	—	7 cm. 52
— 48 cm	—	—	8 cm. 47,	—	7 cm. 32

Cette méthode très ingénieuse est bien difficile à appliquer et sujette à de nombreuses causes d'erreur ; celles-ci peuvent venir : 1° de la mère, la paroi de cette dernière étant trop tendue ; 2° de l'œuf, le liquide amniotique étant en excès ; 3° du fœtus : celui-ci étant plus ou moins tassé ou pelotonné sur lui-même, la tête peut être plus ou moins fléchie, toutes causes qui peuvent venir influencer le résultat. De plus, dans les rétrécissements pelviens, ce procédé est assez délicat à mettre en pratique ; l'application des branches du compas ne peut se faire que difficilement, la position étant élevée et ne pouvant être abaissée.

Cette méthode, bien qu'ayant donné de bons résultats entre les mains de son auteur, n'est pas passée dans la pratique courante.

Tels sont résumés la technique et les résultats fournis par la fœtométrie externe.

Les dimensions approximatives du rétrécissement pelvien et de la tête fœtale connus, quels sont les rapports de cette tête fœtale normale et de ce bassin rétréci.

Müller, Pinard ensuite, se sont occupés de cette question : par leur méthode du palper mensurateur, ils recherchent si la tête fœtale peut ou non franchir le détroit supérieur, et dans le cas de non-engagement, ils ont essayé de se rendre compte de combien le volume de la tête dépasse l'aire du détroit supérieur.

En 1890, parut une thèse (1) où se trouve développé avec soin ce procédé : « Le palper mensurateur est un procédé d'exploration employé en obstétrique pour déterminer les rapports qui existent entre le volume de la tête fœtale et les dimensions du bassin... Pour avoir des résultats utiles, il faut : 1° se rassurer de la vacuité du rectum, ce que l'on obtient en faisant prendre un lavement une heure avant l'exploration ;

2° Vider la vessie, soit en faisant uriner la femme, soit en pratiquant le cathétérisme.

3° Mettre la femme dans la position où la paroi abdominale est le moins tendue. Dans ce but, on fait coucher la femme sur un plan horizontal, les deux jambes étendues, ramenées l'une à côté de l'autre, les mains le long du corps. Le plan horizontal, lit ou table recouverte d'un matelas, ne devra pas être trop haut pour ne pas gêner l'opérateur. Le palper mensurateur se fera les deux mains appliqués à nu sur le ventre ; on s'informera de l'épaisseur de la paroi abdominale en faisant un pli à droite et à gauche de la ligne médiane, entre le pouce et l'index.

La femme évitera tout effort qui tendrait les muscles de la paroi abdominale. Puis on cherchera si la tête est en bas et on ramènera cette dernière au-dessus de l'aire du détroit supérieur, si elle n'y était déjà. On l'abaissera le plus possible et on fera de telle sorte que la présentation devienne franchement transversale. Alors, saisissant la tête entre les deux mains appliquées, l'une sur le front, l'autre sur l'occiput, on lui imprimera des mouvements de latéralité qui auront pour but de mettre un plus grand nombre de points possibles en rapport avec le détroit supé-

---

(1) Le Cudennec : Du palper abdominal. Paris, 1890, p. 33.

rieur. Cela fait, on portera une main, la droite, si on est à gauche de la femme, sur le cou de l'enfant. Cette main pressera sur la tête de haut en bas, pour l'appliquer contre le promontoire sur lequel reposera alors le pariétal postérieur. Cette tête étant ainsi maintenue et fixée, l'extrémité digitale de l'autre main sera rapportée au-devant de la symphyse et cherchera, en déprimant la paroi abdominale, à s'insinuer entre cette symphyse et la tête, tout en continuant à presser avec l'autre main de haut en bas. On se rendra ainsi facilement compte des dimensions de la tête et des rapports de ses dimensions avec celles du détroit supérieur. Si, par exemple, l'extrémité des doigts pouvait s'insinuer facilement entre la symphyse pubienne et la tête, c'est que le diamètre bi-parietal de la tête est plus petit que le diamètre antéro-postérieur du bassin ; si encore l'extrémité des doigts ne pouvait s'insinuer, mais rencontrait la tête au niveau de la symphyse, affleurant cette symphyse, c'est que le diamètre bi-pariétal de la tête est sensiblement égal à celui du détroit supérieur. Dans ces deux cas, la tête pourra passer à travers le détroit supérieur, qu'il soit rétréci ou non.

Mais si, au contraire, l'extrémité des doigts, en cherchant à s'insinuer comme nous l'avons dit, venait butter contre la tête fœtale qu'elle sentirait déborder manifestement en avant de la symphyse, c'est qu'alors le diamètre bi-pariétal de la tête serait plus grand que celui du détroit supérieur et plus grand de tout ce qui déborde de la symphyse. Dans ce troisième cas, la tête a toutes les chances de ne plus pouvoir passer à travers le détroit supérieur ; elle aura d'autant moins de chances qu'elle déborde davantage.

Quoi qu'il en soit, la tête maintenue ainsi et pressée entre le promontoire et l'arc antérieur du pubis, on se rendra

aisément compte de son engagement facile, possible ou impossible dans l'excavation, selon qu'elle ne débordera pas ou qu'elle débordera la symphyse ; on pourra même apprécier de combien elle déborde.

Cette méthode employée par Pinard lui donne d'excellents résultats : dans un cas où la femme ne fut examinée qu'au moment du travail, elle lui permit de se rendre compte que l'accouchement serait impossible ; il fut, en effet, obligé de la terminer par un basiotripsie.

Elle présente des avantages incontestables, malheureusement, elle est sujette à des causes d'erreurs assez nombreuses ; la femme examinée a-t-elle une paroi abdominale épaisse, le palper simple présente déjà des difficultés ; comment vouloir essayer de faire l'engagement de la tête fœtale ? L'utérus peut être contracté ; la cavité abdominale peut être distendue par l'ascite ; la condition est également défavorable dans le cas d'hydramnios. Dans l'asymétrie du bassin, de quel secours nous sera-t-elle ? A côté de ces différentes causes d'erreur, plaçons l'insertion du placenta sur le segment inférieur ; dans ce cas, notre tête ne pourra descendre dans l'excavation et il pourra ne pas y avoir de rétrécissement pelvien. De plus, cet examen est parfois mal supporté par les femmes, surtout pour les nerveuses ; on a bien proposé de le pratiquer sous anesthésie, mais nous nous trouvons alors dans le conditions d'une véritable opération, difficile à faire accepter en clientèle, utilisable seulement dans les clinique. Fabre (Obstétrique) se demande si la sensation d'arrêt de la tête est due au bassin ou au segment inférieur ; il reconnaît cependant que cette exploration peut rendre des services.

Le palper mensurateur sera complété par le toucher combiné. Ce dernier nous permettra de sentir si la tête

fœtale peut ou non s'engager. Si elle peut franchir le détroit supérieur le doigt vaginal sera repoussé au fur et à mesure par la pression exercée sur la tête par le palper ; sinon on aura une sensation d'arrêt ; le doigt que l'on cherchera à insinuer entre la tête et le bassin, trouvera sur le pourtour du segment inférieur, une gouttière toujours d'égale profondeur quelle que soit la pression exercée ; au contraire, si la tête s'engage facilement, la gouttière profonde au début de l'examen ira peu à peu en diminuant et sera minime quand la tête remplira l'aire du détroit supérieur.

Cette variante du toucher mensurateur, reposant sur une série d'impressions perçues par le médecin, demande une certaine habitude.

Nous venons de voir que, grâce aux méthodes de céphalométrie, nous pouvons nous rendre compte :

1° Des dimensions de la tête fœtale ;

2° Des rapports de cette tête fœtale avec un bassin donné par le palper mensurateur et l'engagement forcé.

Il existe, enfin, une dernière méthode toute nouvelle, encore simplement à l'état d'ébauche : c'est la radio-fœtographie. Un auteur, H. Smith, a présenté, en 1906, à la Société obstétricale de Londres, la première radiographie d'un fœtus in utero.

Il s'agit d'une grossesse à la 36e semaine ; sur cette radiographie, on distingue nettement de la tête du fœtus, située au-dessus du pubis, la région frontale et l'occipitale. Le liquide amniotique arrêtant en partie les rayons X, la tête est très visible, puisqu'elle occupait le segment inférieur.

Smith estime que les accoucheurs possèdent là un moyen d'investigation qui pourra être utile pour trancher les

diagnostics difficiles dans les cas de présentation douteuse et dans le cas de grossesse gemellaire.

Nous convenons également que la radio-fœtographie in utéro pourra rendre de grands services, mais ainsi que nous l'avons vu pour l'examen du bassin, c'est une méthode utilisable exclusivement dans les grandes villes, d'un prix de revient onéreux et qui est encore loin d'entrer dans la clientèle courante. Les autres procédés et un sens clinique plus expérimenté rendront sûrement des services beaucoup plus marqués et autrement utiles que ces procédés encore à l'état naissant. Plus tard, sûrement avec les progrès scientifiques, cette opération sera facile ; peut-être avec les perfectionnements apportés aux rayons X, arrivera-t-on à se rendre compte exactement du volume de la tête fœtale et de ses rapports avec le détroit supérieur. Pour le moment, contentons-nous de moyens d'investigations simples et sûrs. Une bonne base clinique ne pourra être ébranlée par des procédés de laboratoire encore trop incertains ou qui ne peuvent nous donner un résultat qu'après l'accouchement.

Il reste encore, en obstétrique, un autre problème difficile à résoudre et que quelques auteurs, se basant sur les dimensions du bassin données par la pelvimétrie et sur les mensurations de la tête fœtale après l'accouchement, ont étudié : la réductibilité de la tête fœtale lors de l'accouchement. Certains accoucheurs admettent le chiffre de 5 millimètres comme le plus probable, les résultats sont bien incertains. De quelle quantité se réduit cette tête, nous ne le savons pas, c'est un facteur avec lequel il faut compter et qui bien souvent dans l'accouchement réservera de grandes surprises.

Si les diverses méthodes dont nous venons de parler, ne présentent pas toutes, une exactitude rigoureuse, il ne

faut pourtant pas les rejeter. Réunies et combinées, elles viennent compléter l'ensemble des données fournies par l'examen minutieux de la femme. Elles sont tout au moins utiles car elles nous indiquent à une approximation relativement suffisante, s'il est nécessaire d'intervenir et à quel moment.

MODIFICATIONS DE LA FORCE : LA CONTRACTION UTÉRINE

Contraction utérine. — Nous venons d'étudier successivement : le bassin qui forme, dans la marche de l'accouchement dystocique, la résistance ; le mobile qui progresse est la tête fœtale, nous l'avons examinée en détail ; il ne reste plus qu'à dire quelques mots sur les modifications apportées à la force qui agit sur le mobile, et qui n'est autre que la contraction utérine.

Celle-ci peut être diminuée, exagérée, ou irrégulière.

La diminution de la force de la contraction utérine peut être variable ; passagère dans certains cas, elle peut dans d'autres aboutir à l'inertie utérine ; inertie qui sera relative lorsque les douleurs resteront faibles pendant des heures, parfois des jours, absolue, si elle se manifeste dès le début du travail. La longueur de l'accouchement qui en résulte est d'un pronostic fâcheux pour la mère dont elle amène l'épuisement par défaut de sommeil et par trouble de son alimentation.

Les contractions exagérées apparaissent parfois dès le début du travail, lorsqu'elles sont rapprochées, elles peuvent aboutir à la terminaison rapide de l'accouchement. Mais si l'engagement de la tête ne se fait pas, si les contractions continuent aussi violentes, le pronostic est grave car le segment inférieur s'amincit, la rupture de

l'utérus peut se produire spontanément ou au cours de l'extraction. Le pronostic, grave pour la mère, l'est aussi pour l'enfant : l'utérus surmené se tétanise, la circulation placentaire entravée amenant la mort du fœtus.

L'irrégularité est la caractéristique de la contraction utérine dans les rétrécissements pelviens. Dans certains cas on voit des douleurs normales alterner avec des douleurs faibles, il y a successivement des temps d'inertie et des temps de contractions exagérées.

Comme conséquence de ces troubles de la contraction utérine, il arrive que la poche des eaux présente un volume anormal qui ne concorde pas avec une dilatation correspondante du col. Parfois sous l'effet de l'excès de pression, la poche des eaux se rupture brusquement, souvent d'une façon précoce, dans ce cas, l'issue brusque du liquide entraîne la procidence des bras ou du cordon.

La dilatation du col se fait mal, elle marche normalement au début du travail, tant que la poche des eaux est intacte, puis elle s'arrête, la tête n'appuyant pas sur le col, l'accoucheur est alors obligé d'intervenir pour la compléter.

RÉSULTATS COMPARÉS - DISCUSSION

Accouchement provoqué. — Les résultats obtenus autrefois par la provocation de l'accouchement étaient peu brillants :

Stanesco (1), en 1869, présentait une statistique de 46 cas ; 23 enfants et 11 femmes étaient morts, soit :

Mortalité maternelle	30 0/0
Mortalité fœtale	50 0/0

Avec l'antisepsie, les résultats s'améliorèrent ; Pinard, en 1891, exposait le résultat de 100 cas d'accouchement provoqué :

Mortalité maternelle	1 0/0
Mortalité fœtale	33 0/0

La statistique d'Attarian (2), en 1892, donne une mortalité fœtale qui n'est plus que de 12 p. 100, la mortalité maternelle étant nulle.

Gallimard (3) dans sa thèse de 1905 rapporte l'observation de 64 cas d'accouchement provoqué. La mortalité

---

(1) Stanesco. Recherches cliniques sur les rétrécissements du bassin, cité par Perret, p. 92.

(2) Attarian. Etude clinique et statistique sur le traitement des bassins viciés 1892, p. 57.

(3) Gallimard. Thèse Paris, p. 33-39,

fœtale brute est de 15,62 p. 100. Pour les interventions pratiquées par Budin lui-même, elle ne s'élève qu'à 5,71 p. 100, 2 morts sur 35 cas.

A part ce dernier chiffre, on voit que la mortalité fœtale est encore élevée : quelle est la cause des insuccès ? La Torre la trouve dans ceci : « interventions fréquentes, mortalité élevée ». Dans la statistique de Pinard (1), sur les 33 enfants qui ont succombé, 9 ont subi la basiotripsie.

8 une application de forceps.
6 ont été extraits par la version.
4 par le siège.
3 pesaient moins de 1.500 grammes.
1 le travail a duré plus de 51 heures et demie.
1 procidence du cordon.
1 mort d'érysipèle.

Dans cette relation, sur six présentations du siège, 4 enfants sont morts. Dans celle de Gallimard, sur 64 cas d'accouchement prématuré, la terminaison de l'accouchement s'est faite :

spontanément, 29 fois,
par la version, 19 fois,
par le forceps, 12 fois.
Extraction du siège, 3 fois.
Basiotripsie, 1 fois.

La mortalité du fait de l'application du forceps est de 15,7 p. 100 sensiblement égale à celle de la version qui s'élève à 16,6 p. 100. La cause principale de la mortalité fœtale est due à l'intervention soit instrumentale, soit

---

(1) Pinard. De l'accouchement provoqué : Annales gynécologie 1891, p. 103.

manuelle. On pourra, en conséquence, abaisser le taux de cette mortalité en provoquant l'accouchement à une époque moins avancée de la grossesse, « pour que le fœtus puisse venir au monde plus naturellement » (La Torre) (1). Au congrès de la Société obstétricale de France de 1904, Hergott fit remarquer qu'une des raisons les plus importantes pour lesquelles on avait un si grand nombre de décès, résidait dans la crainte où l'on était d'avoir des débiles ; on attend toujours trop, ce qui oblige à une intervention toujours plus grave pour le fœtus. En attendant un peu moins, on aurait plus souvent un accouchement spontané.

Les méthodes de céphalométrie, en permettant de comparer les dimensions de la tête à celles du bassin, donnent dans une certaine mesure le moyen d'obvier à cet inconvénient. Avec des renseignements plus précis il sera permis de provoquer l'accouchement au moment le plus favorable, les statistiques s'amélioreront.

On a prétendu également que l'accouchement prématuré ne donnait de bons résultats qu'à l'hôpital. Gallimard cite une série d'accouchements prématurés dans la clientèle privée du docteur Perret avec onze succès sur onze cas, pour la mère et pour l'enfant.

Les dernières statistiques (2) donnent une mortalité fœtale primitive de 10 p. 100, une mortalité secondaire de 5 p. 100.

La mortalité maternelle est presque nulle : à peine 1 p. 100.

---

(1) La Torre. Du développement du fœtus chez les femmes à bassin vicié, Paris 1887, p. 39.

(2) Fabre. Obstétrique 1910, p. 544.

Césarienne. — Pour l'opération césarienne, les résultats, mauvais avant l'antisepsie, sont devenus très bons depuis.

De 50 à 55 p. 100 qu'elle était en 1850, la mortalité maternelle est tombée peu à peu. En 1898, Léopold (1) publiait une revue générale de 100 cas de césariennes.

Sur ces 100 cas, il y avait 71 césariennes conservatrices, et 29 césariennes mutilatrices (Porro).

La mortalité était la suivante :

Cesariennes conservatrices 71 *cas*

Mortalité maternelle . = 7 = 9,8 o/o.
— fœtale initiale. . = 0 o/o ; 5 avant le depart de la Clinique = 6,66 o/o.

Césariennes mutilatrices 29 *cas*

Mortalité maternelle . = 3 = 10,3 o/o.
— fœtale initiale. . = 6 = 20,80 o/o 2. . . . . = 27,85 o/o.

En 1907, le même auteur publiait une nouvelle statistique de 129 cas, formant avec la précédente une étude considérable sur la question.

Dans la seconde centaine, le pourcentage donne :

63 césariennes conservatrices.
37 césariennes mutilatrices.

La mortalité se chiffrait ainsi :

Césariennes conservatrices 63 *cas*

Mortalité maternelle : 4 = 6,35 o/o
— fœtale initiale : 1 = 1,58 o/o. Tardive : 3 = 6,35 o/o

Cesariennes mutilatrices 37 *cas*

Mortalité maternelle : 1 = 2,5 o/o
— fœtale : 7 = 18,93 o/o

---

(1) Léopold. Contribution à la section césarienne sur un total de 229 cas. Annales Gynécologie 1907, p 257.

Dans les 29 derniers cas :

Conservatrices 21 *cas*

Mortalité maternelle : 2 = 10,52 o/o
— fœtale : 0 = 0 o/o

Mutilatrices 8 *cas*

Mortalité maternelle : 0 = 0 o/o
— fœtale : 1 = 12,5 o/o

Tels sont les résultats obtenus par Léopold de 1882 à 1907. Les chiffres que nous donnons sont bruts, une fois expurgés, la mortalité maternelle baisse encore jusqu'à n'être plus que de 5 à 6 pour 100.

Les statistiques les plus récentes donnent une mortalité maternelle de 6,32 p. 100 (Bar), et une mortalité fœtale de 5,45 p. 100.

Fabre donne pour la première le chiffre de 5 pour 100.

Pour la césarienne mutilatrice, Crémieu (1908) présente les résultats suivants : (1)

Mortalité globale

Maternelle . . . 9,5 %
Fœtale . . . . 14,2 %
} Expurgée en ne comptant que les cas de femmes infectées au moment de l'opération = 0 %.

Tel est le bilan des césariennes ; voyons ce que donne la pubiotomie.

Pubiotomie. — La mortalité maternelle qui sélevait au début à 12 p. 100 a baissé et n'est plus en 1907 que de 5 à 7 p. 100 (C. Jeannin), moindre que la symphyséotomie qui donne à la même époque 7 p. 100 (Bar). La mortalité

(1) Crémieu. Des résultats de l'opération de Pono à la clinique Baudelocque. Thèse, Paris 1908.

fœtale qui est de 9 0/0 avec cette dernière opération, se trouve abaissée à 7 0/0 avec la pubiotomie.

Embryotomie. — Reste enfin l'embryotomie : Bien que destinée à sauver la mère, la mortalité due à cette opération existe, elle est due le plus souvent non pas à l'opération elle-même, mais surtout aux circonstances qui l'ont rendue nécessaire. La mortalité maternelle est nulle dans les embryotomies bien conduites, soit 0 0/0.

Bar (1) donne comme indication le chiffre mentionné par la statistique d'Audebert. Sur 33 cas de basiotripsie, on compte 10 morts, soit une mortalité de 10,8 0/0. Les statistiques allemandes donnent une mortalité analogue (Leipzig, 12,8 et 7,57 0/0 ; à Halle, 12,5 et 8 0/0).

Tels sont les chiffres que nous avons pu recueillir relatifs aux résultats des diverses opérations nécessitées par les viciations pelviennes, pour ce qui concerne la mortalité maternelle et fœtale.

A côté de ce facteur important, il convient d'examiner, si l'on veut avoir une idée à peu près exacte de la valeur de chaque opération, la morbidité due à chacune d'elles.

Accouchement prématuré. — Le seul risque de cette opération est l'infection ; grand autrefois, il a diminué jusqu'à n'être plus que de 0,13 0/0 d'après le relevé de Sarwey (2).

Fabre, dans son Obstétrique, mentionne : l'apyrexie complète dans 70 0/0 des cas ; de la fièvre légère dans 25 0/0, de la fièvre grave dans 5 p. 100.

---

(1) Bar. La pratique de l'art des accouchements 1909. p. 868.

(2) Cité par Bar. Pratique d'accouchement, p. 682.

La différence est grande, et tient peut être à la technique employée ; certains procédés de provocation de l'accouchement sont très longs à agir, nécessitent parfois des manœuvres multipliées donnant autant de chances d'infection de la femme ; nous pensons qu'à ce point de vue le procédé de la sonde pourrait être la cause d'une morbidité aussi élevée.

Césariennes. — Reprenons la statistique de Léopold. Nous ne ferons de recherches que pour la seconde série de 100 césariennes de 1895-1905. Dans ce groupe, nous avons vu que 5 femmes étaient mortes.

Il en reste donc 95 ; sur ce nombre :

38 : ont présenté des suites de couches apyrétiques, soit : 40 p. 100.

36 : de la fièvre légère, soit : 37,89 p. 100.

10 : des processus septiques, soit : 10,50 p. 100.

11 : mastite, bronchite, lochiométrie, soit : 11,68 p. 100.

Dans le relevé de 175 césariennes faites à la clinique Schauta de 1885 à 1905, on note : 14 décès et 161 guérisons.

Dans ces derniers cas, 52 fois les suites de couches furent fébriles, soit 32,29 p. 100 ; 18 fois il y eut suppuration, soit de la plaie abdominale, soit du trajet de suture : 11,14 p. 100.

Nous voyons que les chiffres concordent à peu près pour des statistiques assez importantes.

Pubiotomie. — C. Jeannin et Cathala (1), dans un mémoire paru dans l'*Obstétrique* du mois d'octobre 1908, ont

(1) Cyrille Jeannin et V. Cathala. Du pronostic et des indications de l'hébotomie obstétrique 1908, pages 440-508.

étudié le pronostic de l'hébotomie : ils exposent la statistique publiée par Gigli de 100 cas de pubiotomie.

On trouve que quarante et une de ces femmes eurent des suites de couches fébriles, soit une morbidité d'origine infectieuse de 41 p. 100.

Chez les femmes non infectées au moment de l'intervention, la morbidité par infection n'est plus que de 35 p. 100.

Embryotomie. — Nous n'avons pu nous procurer aucun renseignement concernant la morbidité due à cette intervention.

En résumé, les diverses opérations employées dans la thérapeutique des bassins rétrécis donnent les résultats suivants :

	Mortalité maternelle	Mortalité fœtale.	Morbidité maternelle totale.
	Pour 100	Pour 100	Pour 100
Accouchement prématuré artificiel.	0 à 1	15	30 (Fabre)
Opération césarienne conservatrice	6,32 (Bar)	5,45	60 (Léopold)
Opération césarienne mutilatrice	9,5	14,2 (Léopold)	32,29
Pubiotomies	5 à 7	7	41
Embryotomie	1	100	?

Pour les enfants, nous ne donnons que la mortalité, leur morbidité est difficile à établir par rapport à chaque genre d'opération. C'est, en somme, le pronostic fœtal éloigné des principales opérations obstétricales qu'il faut rechercher. Dans une séance de la Société Obstétricale de France, Bourret (de Lyon) a donné les résultats suivants :

« 1° La mortalité dans les premières années des enfants

nés dans les services de maternité à la suite d'une application difficile de forceps, est de 27,2 p. 100 en prenant tous les forceps laborieux sans lésions apparentes du fœtus, et de 28,9 p. 100 si l'on ne tient compte que des interventions semblables au détroit supérieur dans des bassins rétrécis. Dans cette mortalité générale, l'action traumatisante du forceps paraît avoir été la cause directe dans 7,2 p. 100 des cas.

» 2° La mortalité des enfants nés par la version est de 31,8 p. 200 dans les premières années.

» 3° Celle des enfants nés à la suite de l'accouchement provoqué, 32,4 p. 100.

» 4° Celle des enfants nés à la suite de césarienne, de 32,2 p. 100.

» La mortalité infantile calculée de 0 à 1 an étant ordinairement de 30 p. 100 environ en tenant compte de l'ensemble des modes d'allaitement, on est en droit de conclure que sauf les cas exceptionnels, le pronostic fœtal éloigné des principales interventions est excellent. » (1)

Par rapport à l'enfant, abstraction faite de la mortalité initiale, le résultat des interventions obstétricales est bon.

Quels sont les avantages et les inconvénients de chacune d'entre elles pour la mère.

L'accouchement prématuré artificiel, rapidement et aseptiquement provoqué est pour la mère une opération bénigne peu douloureuse, praticable sans anesthésie, au domicile même de la malade, ne nécessitant pas une assistance spéciale, la parturiente pouvant de plus être laissée

(1) Annales de gynécologie 1908, p. 732.

sous la surveillance de son entourage. Elle ne demande pas d'instrumentation nombreuse, peut être pratiquée dans n'importe quel milieu, en n'importe quel temps et en raison même de son extrême facilité, est à la portée du plus modeste des praticiens. Les résultats obtenus pour la mère sont excellents, la mortalité en est nulle, la morbidité que nous avons signalée est peu importante. En un mot, pour la parturiente, opération excellente à tous les points de vue ; enfin avantageuse pour le médecin par le fait de son extrême simplicité.

La césarienne, quand elle est simplement conservatrice, est une opération relativement facile, les principaux temps en sont bien marqués ; elle demande tout d'abord l'anesthésie et celle-ci, un anesthésieur expérimenté, elle est praticable au domicile de la malade dans les cas d'urgence, nécessite la présence d'aides intelligents et stylés et une fois pratiquée exige une surveillance spéciale, dont le soin ne peut être laissé à l'entourage. En tant qu'opération, elle s'accompagne de soins post-opératoires spéciaux : pansements, qui ne peuvent être faits que par le médecin lui-même. En tant qu'acte opératoire, elle demande une instrumentation spéciale, ce ne sont, si l'on veut schématiser, que deux incisions et deux sutures que le praticien doit exécuter, mais ces quatre gestes (1) sont parfois bien multipliés au cours de l'intervention. De plus, le pronostic d'une opération dépend aussi de la façon dont elle est menée. L'acte opératoire qui n'est rien dans une clinique ou dans un établissement hospitalier, devient parfois d'une difficulté extrême causée par le milieu même dans lequel

(1) Mouchotte. Une série de 14 opérations césariennes conservatrices. Annales de gynécologie 1908, p. 677.

on opère. Que fera le petit praticien de campagne isolé, loin de toute aide intelligente, tombant dans un taudis parfois infect, au milieu de gens d'une propreté douteuse ? S'il n'a pas le tempérament chirurgical, si d'un coup d'œil il ne juge pas le milieu, s'il se laisse follement entraîner par cette idée qui se présente à sa pensée et le harcèle : « Si je faisais une césarienne ? » qu'adviendra-t-il ? Il perdra peut-être la tête ; on ne s'improvise pas chirurgien quand on n'en a pas le tempérament, et alors au bon milieu de son opération, il laissera infecter cette femme parce qu'il ne se sera pas aperçu qu'une vieille commère aux mains plus ou moins propres a touché les instruments qu'il avait soigneusement stérilisés. Puis ce sera la septicémie, les ennuis et les angoisses d'une malade qu'on sent vous échapper et qui baisse à chacune de vos visites. Le médecin sera encore plus ennuyé si lui-même ayant examiné cette femme à temps, a laissé aller la grossesse à terme et se sent en quelque sorte comme un peu responsable de l'état présent.

Telles sont rapidement esquissées les circonstances en face desquelles le praticien de campagne, éloigné de tout centre, se trouve parfois. Le médecin en voulant sauver l'enfant à tout prix, a laissé mourir la mère.

Cette même malade habite-t-elle la ville ou le village avoisinants, les conditions changent, le praticien fera transporter sa malade vers la clinique d'accouchements ; il est sûr qu'elle s'y trouvera dans des conditions parfaites. Les résultats donnés par la césarienne conservatrice sont très bons dans ce cas, nous avons vu que la mortalité maternelle est de 6 p. 100 en moyenne.

L'opération a été faite, a pleinement réussi et donné un enfant vivant, quel est l'avantage pour la mère ? elle a subi une opération, il est vrai, mais son vœu est accompli,

elle a un enfant, un enfant bien vivant, auquel elle tient d'autant plus qu'il lui a coûté tant de souffrances. Qu'a laissé l'opération après elle ? Bien souvent une guérison lente et une convalescence, qui, elle-même est venue prolonger le séjour à l'hôpital. La femme rentre dans son foyer où elle a fait défaut pendant un, parfois deux mois, avec un utérus « taré », une matrice affaiblie. Qu'une grossesse ultérieure survienne, avec quelle angoisse le praticien de campagne la verra évoluer, les cas de ruptures de cet utérus taré ne sont pas rares ; s'il est sage, il enverra la femme passer les derniers mois de sa grossesse dans la Maternité voisine. Si, se basant sur ce fait bien juste que toutes les cicatrices de césarienne ne se rompent pas, il la laisse aller à terme, qu'elle attention il devra porter sur cet être en état de moindre résistance, dont la vie est à la merci d'une série de contractions trop fortes. L'événement fatal vient-il à se produire, le médecin peut être absent, appelé dans les environs, si le secours n'est pas porté sur le champ, la femme est perdue ; cet accident arrive dans les cliniques les mieux aménagées et les plus surveillées (1).

Le médecin arrive-t-il à temps, la rupture est-elle imminente ; s'il est en même temps chirurgien, il enlèvera sur le champ de cet utérus taré (2) ; dans ce dernier cas, nous sommes en présence de la même éventualité qui arrive lorsque la femme est infectée ; il faut enlever la matrice, faire une césarienne mutilatrice. 10 p. 100 de femmes meurent dans les cliniques, combien subiront ce sort dans

(1) Cauvelaire. Rupture de la cicatrice d'une opération césarienne survenue à la fin d'une grossesse compliquée d'hydropisie de l'amniose. Annales de gynécologie, mars 1906, p. 153.

(2) Potocki. Opération césarienne pour rupture imminente de l'utérus. Annales gynécologie, 1906, p. 268.

la clientèle du praticien de campagne ? Il n'existe pas de statistique opératoire privée de campagne. L'opération réussit-elle, l'enfant vivant a causé à sa mère la perte des attributs de son sexe, elle devient désormais un être inutile à la société, utile seulement dans sa famille. Elle est châtré, l'arbre ne portera plus ses fruits. Et si par hasard les enfants nés de ces accouchements disparaissent, emportés par la mortalité des premières années, quelle aura été l'utilité de cette femme pour la société, elle aura fourni toute sa mesure en donnant deux enfants. Elle aura achevé son cycle, et si ces enfants meurent, le foyer restera désert et vide à tout jamais (1).

En un mot, les césariennes donnent dans 95 p. 100 des cas des enfants vivants à la femme, c'est le seul avantage que celle-ci retire de l'intervention.

Les pelvitomies ont à peu de choses près le même inconvénient, celui d'être des opérations praticables seulement dans les cliniques. Le petit praticien ne peut les employer que fort rarement, les soins post-opératoires sont ici plus nombreux encore qu'après la césarienne et demandent une surveillance de tous les instants. Le bénéfice retiré par la mère est ici plus grand, l'organe gestateur n'est pas lésé, mais que d'ennuis avant la guérison !

Le thrombus causé par la déchirure des corps caverneux du clitoris, les phlébites qui très souvent leur succèdent ; les déchirures vulvo-vaginales ne sont pas rares ; les lésions des voies urinaires sont très fréquentes et laissent bien souvent à leur suite des fistules vésico-vaginales nécessitant pour plus tard une nouvelle intervention.

---

(1) Spenar Wels. Contraction dans les affections psychiques. Annales 1891, t. II, p, 424.

Voilà ce que le médecin doit entrevoir lorsqu'il se prépare à faire une pubiotomie.

L'embryotomie devrait sauver la mère, nous avons vu que la mortalité de cette dernière est parfois assez élevée.

Les accidents consécutifs à cette intervention peuvent être causés par l'introduction du basiotribe ou de l'embryotome ; ils consistent en : perforation de l'utérus ou de la vessie par un dérapement du perforateur ; pincement du col avec arrachement du segment inférieur et enfin lors de l'extraction, blessure des parties molles par des esquilles osseuses du crâne.

Tels sont, en même temps que les avantages, quelques-uns des inconvénients de chacune des opérations obstétricales en ce qui concerne la mère.

Pour l'enfant, les rôles se renversent, tandis que l'accouchement provoqué est d'une bénignité remarquable pour la mère ; pour l'enfant, il devient une des opérations les plus meurtrières. Nous avons vu que la statistique de Pinard (1891) donne une mortalité de 33 p. 100 ; si l'on ajoute à ce nombre les 31 p. 100 d'enfants qui meurent dans la première année, au bout de 2 an il ne resterait plus que 36 p. 100 d'enfants vivants. Ce chiffre élevé de la mortalité infantile a frappé les accoucheurs. Aussi Pinard a-t-il pu qualifier l'accouchement prématuré artificiel de « tentative dont le but était louable, mais dont l'histoire et les résultats ont fait une faillite scientifique ». Il le proscrit au même titre que l'emploi de la force chez les femmes en travail qui donne un blessé ou un tué. « Pendant la grossesse, proscription absolue de l'avortement provoqué et de cette loterie qu'on appelle l'accouchement

prématuré artificiel qui donne, quand le billet est heureux, un prématuré. » (1)

L'accouchement provoqué ne donnant qu'un enfant destiné à périr à cause de sa fragilité, n'était pas pour Pinard une opération utile. Pourtant on avait essayé de sauver ces prématurés, on avait créé des consultations de nourrissons ; Pinard lui-même, en 1895, faisait de la puériculture, mais cette dernière ne devait diriger son effort « ni vers le débile, ni vers le prématuré, ni vers l'être faible qui meurt dans des proportions considérables et ne peut échapper à la mort que pour souffrir, pour être un inutile, un infirme, à charge à lui-même et aux autres. Elle réserve toute son action pour protéger, conduire et cultiver l'enfant conçu à propos, né à terme et convenablement allaité qui pourra ainsi devenir un être sain, vigoureux et heureux » (Wallich) (2). Ainsi parce que cet enfant n'était pas venu à terme, parce qu'il avait besoin de plus de soins, on le négligeait, c'était un être destiné à disparaître, qu'importait ! Budin, de son côté, s'était préoccupé du sort des prématurés, il s'était rendu compte qu'avec des soins, 93,4 p. 100 avaient survécu. Dans son Manuel pratique d'allaitement, il proteste contre certains médecins qui pensent « qu'il est absolument inutile de s'occuper des débiles et les considèrent comme des déchets sociaux. N'a pas d'enfant qui veut : quand on en a un, même débile, on s'efforce par tous les moyens de le conserver d'autant plus que la cause qui l'a fait naître dans ces conditions défectueuses peut persister pour l'avenir ; et puis, est-ce que les mères ne s'attacheront pas d'autant

(1) Pinard. Annales Gynécologie 1908, p. 642

(2) Vallich. Annales Gynécologie 1904.

plus à leur bébé qu'il est plus frêle ? Enfin, que d'enfants ne peut-on pas citer qui, nés en état de faiblesse congénitale, sont devenus superbes. » La fragilité des débiles n'est pas une raison pour désespérer de leur avenir (1).

Le prématuré, en raison même de sa fragilité, a besoin de soins spéciaux. Que faut-il faire pour leur survie :

1° Les protéger contre le refroidissement ;

2° Leur donner une alimentation appropriée à leur fragile organisme ;

3° Les préserver de l'infection.

La première indication est facile à remplir : le premier soin à donner à cet enfant est de le réchauffer. La couveuse permet d'obtenir une température constante et atteint en partie le but que l'on se propose.

La seconde est plus difficile à mettre en pratique, il faut que le prématuré soit nourri au sein et au sein de sa mère (si possible). Quant aux quantités de lait, elles ont été fixées par Budin. Ne peut-il pas têter ? le gavage soutiendra son frêle organisme.

En troisième lieu, il faut préserver ces enfants de l'infection ; une asepsie parfaite de la couveuse, des soins hygiéniques constants les mettont à l'abri de toute contagion.

Il semble que cet ensemble de précautions soit difficile à réaliser, et que pour une cause ou une autre, les débiles doivent être appelés à disparaître. Les bons résultats donnés par les consultations de nourrissons viennent à l'encontre de cette opinion.

Maygrier a publié en 1907 deux statistiques de prématurés, l'une de Lariboisière de 3 ans de 1895-1898 avec

---

(1) Maygrier. Obstétrique 1907, p. 290.

une survie de 65,07 p. 100, l'autre à la Charité de mars 1898 à mai 1907 avec une survie de 83,80 p. 100, il donne ensuite la statistique qu'il a recueillie à sa consultation de nourrissons :

Sur 146 cas, il a eu 5 morts, ce qui donne une survie de 96,58 p. 100 ; sur ces 146 enfants :

116 ont été nourris au sein exclusivement, 79,45 p. 100 ;

18 par allaitement mixte, 12,32 p. 100 ;

12 par allaitement artificiel, 8,21 p. 100.

Budin est arrivé à avoir une survie avoisinante, 93,4 p. 100.

La consultation des nourrissons a l'avantage de pouvoir surveiller l'hygiène et l'alimentation de ces êtres fragiles.

Un facteur important pour la survie du prématuré tient au poids de l'enfant à la naissance, les gros prématurés ont plus de chance de vivre que les petits. La statistique de Maygrier est intéressante à ce point de vue. Il classe ces enfants en trois groupes :

Premier groupe : sur 46 enfants pesant 1.500 grammes et au-dessous, 15 ont vécu, 31 sont morts, soit 32 p. 100 de survie (ce chiffre est faible, mais le poids des enfants est si minime !).

Deuxième groupe : sur 141 pesant de 1.500 à 2.000 (qui comprend les véritables prématurés ceux naissant entre le septième et le huitième mois) (1), il en est mort 38, soit 73,04 p. 100 de survie.

Troisième groupe : celui des gros prématurés de 2.000 à 2.500 : sur 548 cas, 516 ont survécu, 32 sont morts, soit une survie de 94,16 p. 100.

Pour les deux derniers groupes, la survie moyenne est de 83,60 p. 100. Ainsi plus l'enfant pèse au moment de

(1) Maygrier. Obstétrique 1907, p. 293

sa naissance, et plus grandes sont pour lui des chances de survie.

Gallimard a trouvé que l'accouchement prématuré ne donne pas une proportion de débiles supérieure à 11,11 p. 100, chiffre sensiblement égal à celui de la proportion de débiles avec l'accouchement normal, où elle est de 10 p. 100. Cela tient à ce que, ordinairement, on ne provoque pas l'accouchement avant le huitième mois, mais bien entre le huitième et le neuvième.

Demelin a donné le poids approximatif des enfants aux divers mois de grossesse : (1)

Un enfant à terme pèse de 3.000 à 3.500 grammes.
Un enfant de 8 mois pèse de 2.000 à 2.500 grammes.
Un enfant de 7 mois pèse de 1.500 à 2.000 grammes.
Un enfant de 6 mois pèse de 800 à 1.000 grammes.

Les véritables prématurés sont donc ceux nés entre le septième et le huitième mois. Ce sont les vrais débiles qui nécessiteront le plus de soins dans la première année.

Maygrier (1907) rapporte l'observation d'un petit prématuré pesant 840 grammes après la chute initiale qui s'est élevé peu à peu et qui pesait 6 kil. 750 à dix-huit mois. Cet exemple prouve que l'on peut espérer la survie des prématurés à la seule condition qu'ils soient entourés de soins assidus et intelligents.

Résumons nous : l'accouchement prématuré artificiel donne seulement 85 p. 100 d'enfants vivants, dans ce nombre 11 p. 100 sont des débiles, les autres sont assimilables aux enfants nés à terme. Le chiffre des débiles n'est pas éloigné de celui que donne l'accouchement normal. De plus, l'accouchement provoqué ne donne pas une mortalité

(1) Demelin. Anatomie obstétricale, p. 154.

plus élevée pendant la première année que les autres opérations.

Reste à savoir ce que deviennent ces enfants dans la vie. Certains ont prétendu que ces déchets sociaux ne donnaient plus tard que des « idiots, des épileptiques, des paraplégiques, des hémiplégiques, des myxœdémateux, en somme des êtres qu'il aurait mieux valu pour la société, pour leur famille et pour eux-mêmes, ne pas faire naître vivants. » Budin cite le cas d'un enfant pesant 950 grammes deux jours après la naissance et qui put être élevé grâce aux soins particuliers dont son père l'entoura et qui devint une fillette très intelligente.

« Le professeur Hergott pesait 1.700 grammes au moment de sa naissance. Sa débilité originelle ne l'a pas empêché, tant au point de vue physique qu'intellectuel, de poursuivre son chemin dans la vie.

» On pourrait ainsi longtemps continuer à donner des exemples de personnes fort intelligentes, occupant des positions en vue, célèbres par leurs travaux scientifiques ou littéraires, et qui sont nés prématurément ou débiles.

» L'influence de l'accouchement provoqué sur le développement des troubles cérébraux de l'enfant, n'existe pas, tout au moins quand les générateurs sont sains. Les auteurs qui ont cru voir cette influence ont, à notre avis, mal interprété les faits qu'ils ont rapportés. Dans presque toutes leurs observations on constate une tare héréditaire (alcoolisme, syphilis, etc.) suffisante à expliquer les troubles qu'ils ont observés, sans qu'il soit besoin pour cela de faire intervenir l'accouchement provoqué. Nous avons retrouvé un certain nombre d'enfants nés à la suite de l'accouchement prématuré artificiel : tous se sont parfai-

tement développés, et chez aucun d'eux nous n'avons constaté de troubles de dégénérescence » (1).

De tout ce qui précède, l'accouchement prématuré artificiel n'a contre lui que sa forte mortalité infantile initiale.

Pour les autres opérations, les résultats immédiats sont meilleurs pour l'enfant. De 95 p. 100 des enfants nés par la césarienne, il en survit au bout de huit ans une moyenne de 75 à 80 p. 100. Avec la césarienne, les enfants sont extraits et restent parfois pendant un instant dans un état voisin de l'asphyxie

Pour les pelvitomies, le résultat pour les enfants est sensiblement le même que pour la césarienne, mais dans ce dernier cas, l'enfant subit tous les temps d'un accouchement normal qui parfois même demande l'intervention de l'accoucheur, soit version, soit forceps.

Après avoir ainsi passé en revue les avantages et les inconvénients pour la mère et pour l'enfant, examinons ce que l'on peut penser des différentes méthodes, en un mot, l'accouchement prématuré artificiel a-t-il vécu ?

Sans vouloir approfondir la question de la thérapeutique des viciations pelviennes, examinons au point de vue pratique la conduite que l'on pourra tenir. Nous essayerons tout d'abord de répondre aux objections que l'on a faites à l'accouchement prématuré artificiel.

Nous avons vu, au cours de l'historique, l'opposition faite pendant longtemps à l'accouchement provoqué au nom d'idées morales ou religieuses mal interprétées. Cette opposition a vécu et aujourd'hui aucun accoucheur

---

(1) Gallimard. De l'avenir immédiat et éloigné des enfants nés par l'accouchement prématuré provoqué. Thèse Paris, 1905, pages 50 et 86.

n'essaye même d'en parler. Il est évident que l'accouchement prématuré artificiel tel qu'on le comprend est une opération légitime puisqu'elle a pour but de sauver la mère et l'enfant. Mais bien que cette opération soit admise par tous les médecins, dans la clientèle on rencontre encore parfois quelques résistances. Il est certaines femmes qui refusent l'accouchement provoqué parce qu'il n'est pas permis, d'après leurs idées, de faire naître un enfant avant terme, et qui, au moment du travail, ne veulent pas entendre parler d'intervention sanglante, où elles courent quelque risque, comme dans la césarienne ou la pubiotomie, préférant alors que l'on fasse la perforation sur leur enfant vivant ou mourant. Elles ont ainsi sacrifié à une opinion erronée la vie d'un être qu'elles auraient pu sauver un mois, un mois et demi avant le terme de leur grossesse et dont la mort leur incombe pleinement. Heureusement, ces cas sont rares.

A ce point de vue, le jugement du professeur Hubert est intéressant pour la conduite à tenir en pareil cas : « La femme peut refuser de se soumettre à une opération aussi grave que la césarienne, et si pour l'éviter, elle a le droit de laisser mourir l'enfant dans son sein, elle a, à plus forte raison, celui de le faire naître à une époque où il lui reste quelque chance de vie : si elle a ce droit, le médecin a sûrement celui de se faire l'exécuteur de sa volonté. » Le médecin doit donc s'incliner devant la volonté de la femme.

Au point de vue légal, l'avortement seul a été prévu par la loi ; mais elle n'a pas prévu l'accouchement provoqué avant terme. On ne peut invoquer contre celui-ci la législation qui est relative à l'avortement et si, par hasard, on poursuivait un médecin pour provocation de l'accouchement, pourquoi ne pas l'attaquer également

pour la castration pratiquée souvent dans les hôpitaux et pourtant punie par la loi ? Pourquoi ne pas poursuivre les chirurgiens qui font chaque jour des opérations plus meurtrières ?

Au point de vue légal, l'objection n'est pas fondée, puisque l'accouchement provoqué est fait dans l'intérêt de la mère et de l'enfant.

Passons aux objections d'ordre scientifique :

1° L'une des plus importantes est celle de l'impossibilité de la mensuration exacte des dimensions du bassin et, par suite, de son degré de rétrécissement. Nous avons examiné la valeur des différents procédés de pelvimétrie, et nous sommes arrivé à ces conclusions, que la pelvimétrie digitale, à la fois simple et pratique, permet d'apprécier un rétrécissement pelvien, à quelques millimètres près ;

2° Il est bien difficile, objecte-on encore, de faire un diagnostic exact de la grossesse, de connaître le volume du fœtus et les dimensions de son extrémité céphalique.

Cette objection est la plus fondée. Nous avons vu combien il était facile de se tromper pour l'estimation de la grossesse, soit en plus, soit en moins, et nous avons vu les variations de volume que peut faire subir à la tête fœtale une erreur de dix jours relative à la date prise comme début. Des signes ordinaires de l'âge de la grossesse, aucun n'est certain et même lorsque la femme donne des indications précises sur chacun d'entre eux, on ignore encore à quel moment s'est effectuée la fécondation. En combinant tous les renseignements fournis par la mère et ceux que le médecin retire de l'examen de la femme, on peut arriver à des appréciations d'une grande justesse. La céphalométrie et le palper mensurateur, ainsi que

le palper et le toucher mensurateur combinés, viendront en partie combler cette lacune : avec un peu d'expérience, on arrive, avons-nous dit, à mesurer une tête fœtale à un ou deux millimètres près par excès. On peut, de plus, se rendre compte de la possibilité ou non de son engagement à travers le rétrécissement pelvien. Les échecs de l'accouchement provoqué tiennent en partie à ce dernier facteur. Dans la majorité des cas, c'est l'excès de volume de la tête par rapport aux dimensions du bassin qui est cause de la mortalité fœtale. Soit que la femme ait été examinée trop tard, soit que, pour avoir un enfant plus volumineux et partant plus résistant, on ait reculé la date de la provocation de l'accouchement, la tête passe en force au travers du détroit supérieur, nécessitant parfois une intervention, forceps ou version, qui la traumatisent.

Le palper mensurateur et la céphalométrie nous permettent d'estimer, lorsqu'ils sont facilement praticables, le moment le plus favorable pour l'intervention qui devra être plutôt rapproché que retardé.

La dernière objection est celle de la mortalité fœtale vraiment élevée. Les résultats obtenus par quelques accoucheurs dans des séries heureuses, comme celle de Perret (cité par Gallimard), ne peuvent être considérés comme la règle générale. Il est évident que 10 à 15 p. 100 des enfants nés par l'accouchement provoqué meurent, soit pendant le travail, soit dans les dix jours qui suivent. A ce point de vue, les autres interventions obstétricales sont de beaucoup supérieures et, la femme consentante, c'est à elles qu'il faudra avoir recours dans les cliniques. Les césariennes et les pubiotomies ont le grave inconvénient de ne pouvoir être pratiquées que dans un milieu hospitalier, pour faire courir à la femme le moins

de risques possible. A la campagne, dans les villages éloignés, dans les chaumières perdues, il sera bien difficile à un praticien pour si capable soit-il, de mener à bien son intervention. Ici, l'accouchement prématuré artificiel reprend la première place. Il a le grand avantage d'avoir des suites de couches la plupart du temps normales, de ne pas demander de soins post-opératoires comme après les interventions sanglantes.

Une condition assombrit ce tableau, c'est que l'accouchement artificiel a des limites, et bien souvent quand la femme enceinte vient se faire examiner pendant la grossesse (si elle le fait), elle vient parfois trop tard. La provocation de l'accouchement est impossible, il faut attendre le terme et à ce moment si la femme refuse une intervention, il ne reste plus au praticien, éloigné des villes, après des tentatives de forceps réitérées, qu'à pratiquer *in extremis* la perforation de l'enfant, fût-il vivant, pour sauver la mère dont il met la vie en danger.

Les conditions sont tout autres si, dans les environs, la femme peut trouver des soins, soit dans un hôpital, soit dans une Maternité ; est-ce influence du milieu, est-ce sentiment plus grand de sécurité, la femme y accepte plus volontiers une intervention sanglante que chez elle, les risques pour la vie de l'enfant diminuent en même temps. Les vœux de certains accoucheurs sont remplis : avoir le plus possible d'enfants vivants et à terme. Les mères meurent bien dans une proportion de 6,32 p. 100, mais la mortalité fœtale, qui était de 15 p. 100, n'est plus que de 5,45, presque le tiers ; l'avantage est grand pour l'enfant. Pourtant, est-on bien sûr d'élever cet enfant qui a coûté la vie à sa mère ? Une femme qui a eu un enfant, peut en avoir d'autres tant qu'elle est vivante ; avec les interventions sanglantes, l'arbre s'éteint peu à

peu, après avoir donné quelques fruits. Que deviennent ces enfants une fois la mère disparue ? Ballottés au hasard de la vie, donnés parfois à des nourrices mercenaires, ils n'auront pas ces soins attentifs qu'une mère seule peut donner ; on remplace un père à ses enfants, une mère jamais.

Ce que nous disons pour les opérations césariennes, s'applique encore avec plus de raisons à la pubiotomie, dont les risques maternels sont plus élevés.

L'embryotomie avec sa mortalité maternelle nulle est la seule ressource laissée au praticien éloigné, lorsque la femme est en danger.

Pour nous, la conduite du praticien en présence d'un cas semblable devra être la suivante :

Pendant la grossesse, si la femme a été examinée en temps voulu : accouchement prématuré artificiel si la femme refuse toute intervention à terme, soit césarienne, soit pubiotomie. Pendant le travail : évacuation, si possible, de la malade vers un établissement hospitalier ; sinon devant un travail impuissant, devant un enfant qui souffre ou meurt et met la vie de la femme en danger : perforation de l'enfant même vivant.

L'accouchement prématuré artificiel ne doit pas être rayé de la thérapeutique des viciations pelviennes. Les résultats qu'il donne, bien que paraissant inférieurs à ceux fournis par les autres opérations obstétricales sont excellents en ce sens qu'il conserve la mère à ses enfants, la femme à son époux et à sa famille, perte qui est à jamais irréparable. Pratiqué toutes les fois que l'on sera sûr de ses indications, il donnera toute sa mesure, c'est-à-dire le succès dans la majorité des cas.

INDICATIONS

Les indications de provoquer l'accouchement avant terme découlent de tout ce que nous avons vu. Elles sont relatives au rétrécissement du bassin, au volume fœtal ; elles peuvent être imposées au médecin soit par la volonté formelle de la mère, soit par les circonstances (multiparité, milieu, éloignement des villes), soit par le fait même de ces deux dernières conditions pour éviter à la mère et à l'enfant les risques d'une embryotomie à terme.

Le première indication nous est donnée par le degré de rétrécissement pelvien ; nous avons montré comment le médecin pouvait se renseigner sur la forme et sur les dimensions relatives du détroit supérieur. Quels sont les degrés de rétrécissement qui sont susceptibles de permettre l'accouchement prématuré artificiel avec quelques chances de succès ?

Les bassins ont été classés d'après la valeur de leur diamètre promonto-pubien minimum en :

1° bassin du	1er	degré,	promonto-pubien minimum de	11 à 12cm
—	2e	—	—	10 à 9cm
—	3e	—	—	9 à 8cm
—	4e	—	—	8 à 7cm

Dans les rétrécissements du premier degré, l'accouchement se fait ordinairement spontanément à terme ; la

dystocie est presque utile, sauf pour le cas où le bassin est généralement rétréci : condition qui peut parfois nécessiter l'intervention de l'accoucheur.

Dans les bassins du 2e degré, l'accouchement à terme se fait encore spontanément dans la majorité des cas, sauf pour le bassin généralement rétréci, où il est parfois nécessaire à l'accoucheur d'intervenir ; les résultats de la thérapeutique obstétricale sont alors mauvais.

Dans ceux du 3e degré, l'accouchement très aléatoire pour les bassins simplement aplatis est impossible à terme au-dessous de 9 cm. dans les bassins généralement rétrécis.

Pour le quatrième degré, entre 8 et 7 cm, il faut abandonner toute idée de voir l'accouchement se faire spontanément ; dans les bassins aplatis, il est très difficile, les résultats en sont alors mauvais.

Au-dessous de 7 cm, l'accouchement est toujours impossible. Tel est pronostic de l'accouchement à terme dans les divers degrés de rétrécissement du bassin ; telles sont des limites d'angustie pelvienne où l'engagement spontané est pratiquement possible.

Le prématuré supportant mal les interventions obstétricales, toutes les manœuvres de forces faites pour l'extraire lui sont préjudiciables, tant forceps que version, cette dernière étant particulièrement meurtrière lorsque l'on n'a pas une connaissance assez exacte de la forme et des dimensions du bassin. « On ferme la porte derrière soi », pour employer l'expression d'un de nos Maîtres, et souvent, ce n'est que par une manœuvre pénible de Champetier que l'on arrive à extraire l'enfant, qui est, la plupart du temps, compromis.

L'accoucheur doit, par conséquent, provoquer l'accouchement quand le rétrécissement du bassin n'est pas trop accentué.

Aujourd'hui, on fait l'accouchement prématuré dans les bassins du premier degré, *généralement rétrécis ;* on le provoque alors après le huitième mois. Dans les bassins aplatis de ce groupe, on laisse aller la grossesse à terme ; l'accouchement ayant lieu spontanément, il est seulement indiqué si les grossesses antérieures ont présenté des difficultés spéciales.

Pour les bassins du second degré (10 à 9 cm.), l'accouchement se passe ordinairement bien à terme dans les bassins aplatis.

Dans les bassins *généralement rétrécis,* l'accouchement prématuré sera provoqué au huitième mois ou un peu avant, si la femme refuse une intervention à terme.

Pour les bassins du 3e degré (9 cm. à 8 cm.), c'est alors l'intervention de choix dans les bassins aplatis. A 8 cm., dans les bassins *généralement rétrécis,* il vaut mieux proposer à la femme l'opération césarienne, qui est la meilleure intervention, en raison de l'atresie fréquente des parties molles, du manque d'étoffe. A la dystocie du bassin osseux vient s'ajouter la dystocie des parties molles.

Au-dessous de 8 centimètres, les résultats donnés par l'accouchement provoqué ne sont pas bons ; il ne faut y recourir que dans les bassins aplatis, la femme opposant un refus catégorique à une opération à terme, soit césarienne, soit pubiotomie.

Au-dessous de 7 centimètres, c'est une très mauvaise opération. A quel moment peut-on la pratiquer ?

Kiwisch a fait des recherches et résumé cette indication dans le tableau suivant :

Pour un diamètre sacro-pubien ayant de :

0m068 à 0m070,	il fait l'accouchement	dans la	30e	semaine.
0,072 à 0,074	—	—	31e	—
0,076 à 0,078	—	—	32e	—
0,080 à 0,082	—	—	33e	—
0,085 à 0,087	—	—	34e	—
0,090 à 0,092	—	—	35e	—
0,095	—	—	36e	—

En comparant le diamètre bi-pariétal de la tête fœtale (aux divers mois de la grossesse) au diamètre promonto-pubien minimum, sachant que le bipariétal mesure 7 centimètres à 7 mois, 7 centimètres 1/2 à 7 mois et demi, 8 centimètres à 8 mois, 8 centimètres 5 à 8 mois 1/2, on peut provoquer l'accouchement à une date fixe ; mais la tête fœtale peut être plus ou moins volumineuse ; une céphalométrie bien faite donnera dans ce cas des renseignements très utiles.

Certains auteurs prétendent que la condition essentielle de succès pour l'enfant consiste à ne jamais provoquer l'accouchement avant la trente-sixième semaine révolue, époque à laquelle le fœtus, ayant un poids de 2 k. 300 gr. en moyenne, possède un degré de vitalité qui assure sa survie définitive.

Nous basant sur la mensuration du bassin, sur la céphalométrie sur le palper mensurateur, en tenant compte de la valeur des diamètres de la tête fœtale et du poids relatif de l'enfant, nous provoquons l'accouchement seulement dans les deux derniers mois de la grossesse et jamais, sauf le cas de force majeure, au-dessous de 8 centimètres. Nous tâcherons de pratiquer l'accouchement prématuré plutôt tôt que trop tard, pour que l'enfant n'ait pas à subir de traumatisme pendant le cours du travail. Telles sont les indications relatives au bassin.

Si, examinant la femme aux divers mois de sa grossesse, nous trouvons par la céphalométrie une tête trop volumineuse, c'est sur les chiffres que nous trouverons à nos divers examens que nous nous baserons pour provoquer l'accouchement à une date donnée. De plus, le volume fœtal doit être considéré, lorsqu'il est excessif, comme une indication à l'accouchement provoqué.

Nous avons dit qu'une des indications principales venait de la volonté formelle de la mère. Celle-ci, et c'est là l'opinion courante, a le droit de refuser une intervention sanglante proposée par le médecin ; mais si la mère a ce droit, le médecin a aussi celui, lorsque le cas n'est pas urgent, de se retirer s'il trouve sa conduite légitime en refusant de pratiquer l'accouchement provoqué. Le médecin doit rester médecin dans tous ses actes, a dit Pinard ; il ne doit pas se faire l'exécuteur des basses œuvres imposées par la mère. Ceci est vrai, mais nous ne reconnaissons pas le droit à l'accoucheur d'endormir sa malade, après l'avoir laissé mener sa grossesse à terme, sur ces paroles : « Madame, je vais vous délivrer », et de lui faire subir une opération qu'elle refuse.

Pendant la grossesse, l'accoucheur doit faire tous ses efforts pour sauvegarder la vie de l'être à venir, et si la femme, assez malheureuse déjà d'être mal conformée, n'accepte pas une opération sanglante à terme, tout ayant été pesé, l'examen minutieusement fait, il devra proposer l'accouchement prématuré. Il y sera d'autant plus poussé, qu'à côté de la volonté de la parturiente, il devra considérer le milieu dans lequel il se trouve, et toute une série de conditions viendront lui dicter en conscience sa ligne de conduite. Si la femme consulte un médecin pendant sa grossesse, à une époque où l'accouchement prématuré ne

doit pas faire courir à l'enfant des dangers trop grands, cette intervention doit prendre la première place devant toutes les autres opérations obstétricales, car elle sauve la mère et l'enfant, et c'est encore le seul but que doit se proposer le praticien en clientèle privée.

Quelles sont les femmes qui bénéficieront de l'accouchement provoqué ? Dubois, dans sa thèse de concours, est d'avis, « si la femme est primipare, de laisser la grossesse aller à terme et de régler sa conduite ultérieure sur ce premier accouchement. » Bien souvent, c'est ainsi que se passent les choses d'elles mêmes, la femme ne vient trouver son médecin que parce que le premier accouchement a été laborieux.

Certains auteurs conseillent de réserver l'accouchement provoqué aux primipares ; celles-ci offrent un terrain plus favorable parce qu'elles ont ordinairement des présentations normales. Et s'il est une raison qui milite en faveur de cette opération, c'est bien celle des bonnes présentations, car chez les primipares, on peut confier dans ce cas l'expulsion du fœtus aux seules forces naturelles, si l'accouchement a été provoqué assez tôt.

Chez les primipares, on a parfois de la difficulté à provoquer le travail, l'occlusion du col mettant obstacle à l'introduction des instruments à l'époque où l'on opère. Les contractions utérines s'arrêtent et l'on peut être obligé de recommencer les manœuvres employées ; de plus, chez elles, le travail est parfois très long.

Après avoir passé en revue les indications de l'accouchement prématuré artificiel dans les bassins rachitiques, on pratiquera cette opération :

1° Quand le bassin mesurera au minimum 8 centimètres et 7,5 comme extrême limite la femme refusant toute autre intervention ;

2° Assez tôt pour qu'elle se fasse spontanément et évite à l'enfant les traumastismes du forceps ou de la version ;

3° On tâchera d'obtenir une bonne présentation, celle du sommet sera préférable à celle du siège ;

4° L'époque de la provocation de l'accouchement sera déterminée non d'après l'âge de la grossesse, mais d'après les rapports comparés des diamètres de la tête et de ceux du bassin.

L'accouchement artificiel prématuré se réduit à un temps : l'accouchement de la tête.

5° L'accouchement sera provoqué chez les femmes à bassin normal ou légèrement rétréci qui ont de gros fœtus ;

6° On emploiera pour cette intervention soit la sonde de Krause, soit le ballon de Champetier de Ribes.

MANUEL OPÉRATOIRE

Nous n'examinerons pas en détail les divers procédés de provocation du travail, le plus grand nombre d'entre eux sont tombés dans l'oubli avec les progrès de la science.

On peut diviser ces procédés en :

1° Méthode par ponction ;
2° Méthode par dilatation ;
3° Méthode par excitation.

La première doit être complètement rejetée, elle consiste à perforer les membranes avec un instrument aigu quelconque ; ce procédé a l'inconvénient de laisser s'écouler tout le liquide amniotique, de prédisposer aux procidences des membres et du cordon et de laisser comprimer le fœtus trop fortement par l'utérus qui se rétracte sur lui et de le vouer à une mort presque certaine.

La seconde méthode consiste à mettre en jeu la contraction utérine par la dilatation lente du col ; on y trouve : l'éponge préparée de Klüge, cône d'éponge destiné à se gonfler par imbibition, et les ballons de Barnes.

Dans la troisième : 1° L'excitation du corps de l'utérus par la sonde de Krause ; 2° Les ballons excitateurs dilatateurs : de Tarnier et de Champetier de Ribes, de Boissard.

Le procédé de Krause consiste à introduire dans l'utérus

une bougie pleine, en gomme, stérilisée, nos 21 à 27 de la filière Charrière.

La femme étant dans la position obstétricale, l'index introduit dans les voies génitales, explore le col, pénètre jusqu'à l'orifice interne en le dilatant et décolle la poche des eaux tout autour de cet orifice. La bougie, lubréfiée avec de la glycerine stérilisée, est introduite le long de l'index et poussée lentement entre les parois utérines et les membranes. Quand la bougie est introduite, on laisse son extrémité dans le vagin : on s'assure qu'il n'y a pas d'écoulement de liquide amniotique, ni de sang venu du placenta ; on fait un pansement vaginal et on replace la femme dans son lit.

Il faut avoir soin de faire prendre la température matin et soir.

Le travail se déclare, on attend pour enlever la sonde que les douleurs soient bien établies.

Parfois, le travail ne se déclare pas, on change alors la sonde tous les deux jours le plus aseptiquement possible.

La durée du travail est en moyenne de 50 heures 1/2. Ce procédé a l'inconvénient de prédisposer à la perforation des membranes ; on peut aussi blesser le placenta, d'où hémorragie. Il faut alors retirer la sonde et l'introduire dans une autre direction.

Le ballon de Tarnier se compose : 1° d'un tube de caoutchouc terminé par une ampoule dilatable ; 2° d'un conducteur métallique creux supportant le tube et facilitant son introduction au-dessus de l'orifice interne, qui se fait comme pour la sonde de Krause.

Le ballon introduit est rempli d'eau, de façon à faire acquérir à la partie dilatable le volume d'une noix.

Les douleurs apparaissent plus vite qu'avec la sonde de

Krause, et le ballon, chassé par la contraction utérine, passe à travers le col qu'il dilate et tombe dans le vagin.

Le travail commencé peut s'arrêter et demander l'introduction d'un nouveau ballon ; sa durée est beaucoup moins longue qu'avec le procédé de Krause.

Avec les gros ballons de Champetier de Ribes on peut provoquer sûrement et rapidement l'accouchement.

De tous les procédés dont nous venons de parler, nous ne nous sommes servis que du ballon de Champetier de Ribes, qui nous a donné de bons résultats. Voici quel a été notre manuel opératoire :

Du côté de la femme, cinq jours avant l'intervention, nous avons fait un nettoyage à fond des organes génitaux externes et du vagin, un savonnage soigné de la vulve et de tous les replis de la muqueuse vaginale, injection, puis tamponnement à la gaze stérilisée. Ces soins ont été renouvelés chaque jour. La veille, nous avons rasé la malade et refait le tamponnement.

Le jour de l'opération, après nous être bien assurés que les ballons fonctionent bien en les remplissant d'eau sous pression, à l'aide d'une seringue de Guyon, de 500 grammes, nous les avons en même temps jaugés, nous avons préparé nos instruments : 1° la pince porte-ballon ; 2° la seringue de Guyon ; 3° le ballon ; 4° du fil à ligature.

Tous ces instruments ont été sérilisés par une ébulltion de 20 minutes dans de l'eau. D'un autre côté, nous avons préparé de l'eau bouillie pour le remplissage du ballon. Nous avons aussi obtenu de la pharmacie une vaseline stérilisée.

Nos femmes furent amenées à la salle d'opérations. Après un dernier et minutieux examen, nous avons procédé

à un dernier lavage des organes génitaux et à la mise en place du ballon.

Après l'avoir plié, puis roulé suivant son grand axe, nous le saisissons suivant sa longueur entre les mors de la pince en le laissant dépasser un peu. Le tout est bien vaseliné ; l'opérateur introduit deux doigts dans le vagin jusqu'au contact de l'orifice externe du col, tâche de faire pénétrer à l'intérieur du col un doigt (ceci est ordinairement facile), décolle un peu si possible les membranes pour faire le lit, en quelque sorte, du ballon. Après avoir introduit l'index seul, on peut dilater un peu le col avec le médius ; ceci fait, laissant les deux doigts dans le col, ont introduit le ballon dans la gouttière formée par les deux doigts que l'on écarte légèrement. A mesure que le ballon pénètre, on retire doucement un doigt, puis l'autre, en les laissant dans le vagin au contact de la pince qui continue à entrer et dont on mesure ainsi la pénétration. Tout ceci doit être fait avec douceur. Il faut, suivant le conseil que donnait Champetier de Ribes, en 1888, lorsqu'il présenta son appareil, pénétrer de dix et même douze centimètres au-dessus de l'orifice externe, de façon que, lors du remplissage de notre ballon, ce ne soit pas tout d'abord la portion vaginale qui se dilate et fasse redescendre ainsi la partie introduite au-dessus de l'orifice interne.

Quand la pince est remontée assez loin, on fait remplir le ballon. Un aide, aux mains aseptiques, procède à cette opération, les mains de l'opérateur restant, l'une dans le vagin pour se rendre compte que tout reste bien en place, l'autre tenant la pince par les anneaux et la maintenant. A l'aide de la seringue, on injecte lentement l'eau dans le ballon ; celui-ci se déplisse, on écarte les mors de la pince au fur et mesure du remplissage ; de cette manière, il

n'a pas de tendance à descendre, de plus, l'écart des branches renseigne sur la quantité de liquide introduite. Lorsque l'on a fait pénétrer dans le ballon la quantité de liquide que l'on avait calculé à l'essayage, on désarticule la pince en la retirant légèrement et on enlève séparément et l'une après l'autre les deux branches ; on ferme le robinet du ballon, on fait un coude au tube extérieur, coude qui est ligaturé pour éviter que le ballon ne se vide. On s'assure encore une fois que le ballon est bien placé ; une injection vaginale est donnée à la femme, une plaque de coton stérilisée mise à la vulve, et la femme placée sur le lit d'accouchement

Une sage-femme de garde reste auprès de la malade et note l'apparition des douleurs.

Ce moyen nous a très bien réussi dans la provocation du travail ; nous avons, suivant le rétrécissement du bassin, employé des ballons de dimensions variables que nous verrons dans nos observations I et II. Nous n'avons jamais eu ni incident ni accident en employant cette méthode.

OBSERVATIONS

Observation première

Accouchement provoqué pour rétrécissement du bassin d'origine rachitique. Bassin aplati.

Madame X..., 25 ans. II[e] pare.

Ant. Héréditaires. — Mère : bonne santé.

Père : mort de méningite.

Deux sœurs mortes en bas-âge. Trois frères vivants, dont un boiteux.

Ant. Personnels. — Nourrie au sein, a marché tard ; premiers pas à 3 ans. A l'âge de 15 ans, au moment de l'apparition de ses règles, a fait une maladie qui l'a tenue un mois au lit.

1° *Ant. gynécologiques.* — Réglée à 15 ans, règles abondantes, peu douloureuses, durent 5 jours irrégulières.

Pertes blanches abondantes quelques jours avant et après les règles.

2° *Ant. obstétricaux.* — I grossesse.

Bonne, quelques vomissements au début. Le 6 février 1910, étant à terme, premier accouchement : enfant mort.

Accouchement. — Petites douleurs depuis huit jours. Au huitième, rupture spontanée de la poche des eaux ;

trois applications de forceps sur la présentation qui était un sommet.

Consécutivement, fistule vésico-vaginale ayant entraîné une cystite, avec écoulement de pus par le vagin pendant trois mois. Guérison spontanée.

IIe grossesse.

Dernières règles le 20 septembre 1910. Ont duré 5 jours. La grossesse a été bonne : vomissements légers pendant les deux premiers mois. Par intervalle, quelques picotements à la miction. Entre à la Maternité le 20 mai 1911, envoyée par son docteur.

Examen du 20 *mai* 1911. — *Inspection :* masque peu net, seins assez volumineux. Panicule adipeux épais ; ventre globuleux ; ligne brune, vergetures. Le bassin est incliné du côté droit, l'épine iliaque antéro-supérieure gauche étant plus élevée que la droite. L'inclinaison est à peine visible.

La démarche est normale, mais le tronc est légèrement incliné vers la droite. Pas de déviation de la colonne vertébrale notable, légère courbure de compensation dans la région dorsale.

Les membres inférieurs normaux, pas de déviations des tibias, ni des fémurs. Pas de raccourcissements.

Palpation. — Le pôle qui se présente est haut, pas engagé ; il semble que l'on soit en présence du sommet ; le plan dorsal est à gauche, les petits membres à droite, où l'on perçoit les mouvements actifs. La présentation est élevée, elle n'est pas engagée et balotte facilement. L'engagement forcé se fait, mais avec difficulté.

Auscultation. — Les bruits du cœur sont perçus à gauche, avec un maximum à trois travers de doigts de

l'ombilic, sur une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure.

Toucher. — Le col est mou, pas effacé, on sent à travers le segment inférieur la présentation élevée et qui balotte.

Examen des urines : pas d'albumine.

Pelvimétrie : 1° Interne. — Détroit supérieur : 9 cm. 3 de promonto-sous-pubien = 7 cm. 8 de promonto-pubien minimum.

Excavation : diamètres normaux ;

Détroit inférieur. Bis-ischiatique : 9 + 2 = 11 cm.

2° Externe. Bis-épineux = 24 cm. 35. Bi-crête = 28 cm. 5. Baudelocque = 19 cm.

Accouchement prématuré artificiel à 8 mois.

Le 21 mai 1911. Deux injections antiseptiques au sublimé. Le soir, nettoyage du vagin au savon, puis tamponnement à la gaze stérilisée.

Le 22 mai. Mêmes soins pré-opératoires.

Le 23. A 8 heures du matin, toilette génitale complète, nouveau pansement vaginal aseptique.

Examen le 23. — Palpation. — Le dos est en avant et à droite ; les petits membres à gauche et en arrière. Le pôle céphalique se présente au détroit supérieur. Le fond de l'utérus est occupé par le siège.

Aucune tendance à l'engagement.

Auscultation. — Les bruits du cœur se perçoivent au niveau de l'ombilic, sur la ligne médiane et un peu au-dessous de l'ombilic comme maximum d'intensité.

Accouchement. — Le 23, à 11 heures 1/4 du matin, mise en place d'un ballon de Champetier, de 500 cmc d'eau bouillie.

Première douleur à midi 40, qui dure deux secondes. Les

douleurs reprennent toutes les dix minutes et durent une minute.

Expulsion du ballon à 9 heures du soir : Dilatation = grande paume.

A 10 heures 1/2, dilatation complète. Rupture de la poche des eaux.

A 11 heures, expulsion de l'enfant en présentation du siège complet. Saisie du pied droit antérieur. Manœuvre de Champetier de Ribes sur la tête dernière (présente quelques difficultés).

A 11 heures 1/4, expulsion du placenta : normal.

Enfant du sexe féminin en état de mort apparente, asphyxie bleue. Respiration artificielle. La respiration s'établit, hoqueteuse, frictions à l'alcool, bains chauds. L'enfant se met à pleurer, on le maillotte.

Il meurt à 6 heures du matin.

Poids de l'enfant : 2 kilogs 350. Poids du placenta : 480 grammes.

Diamètres de la tête :

Bi temporal : 7 cm.
Bi pariétal : 8 1/2.
Occipito frontal : 9 1/2.
Sous-occipito frontal : 11 cm.

Suites de couches excellentes ; pas de température ; le pouls ne s'est pas élevé au-dessus de 92.

La femme sort le 8 juin 1911.

Observation deuxième

Eclampsie puerpérale. — Accouchement prématuré spontané à 6 mois et demi, 14 janvier 1908 : Mme X..., 25 ans.

Ant. héréditaires. — Rien.

Ant. personnels. — 1° généraux. — Aucune maladie antérieure.

2° Gynécologiques. — Réglée, 15 ans ; règles toujours abondantes, durant 8 jours ; pas de dysmenorrhée.

3° Obstétricaux. — Avortement, 2 mois 1/2, il y a 9 mois.

Grossesse actuelle. — Dernières règles, le 25 juin 1907.

Le 11 janvier 1908, sans motif apparent, vomissements verdâtres et douleur épigastrique très intense, pas de diarrhée.

A 6 heures du soir, à la suite d'un vomissement, première crise éclamptique. Depuis ce moment jusqu'à son entrée à la Maternité, la malade a une crise toutes les demi-heures ; dans l'intervalle des crises, elle reste dans le coma.

Entre à la Maternité le 12 janvier 1908, à 8 heures du matin ; crise au moment de son arrivée, puis cinq crises survenant de 1/4 d'heure en 1/4 d'heure. A mesure qu'elles se rapprochent, les crises sont plus intenses, et la malade plus cyanosée. Les crises durent 1/4 d'heure environ ; à la suite d'une crise, vomissement abondant verdâtre.

Quelques gouttes d'urine retirées par cathétérisme et diluées laissent déposer une grande quantité d'albumine.

Pas d'enflure des jambes, morsure de la langue, au cours des crises.

Traitement. — Saignée immédiate de 100 cmc. et lavement au chloral. Il est 7 heures 1/2. A partir de ce moment, cessation complète des crises, le coma persiste, respiration régulière, mais stertoreuse.

Le 13 janvier, à 11 heures du matin, lavement purgatif amenant une débacle assez forte ; à 5 heures du soir, la malade ouvre les yeux et avale quelques cuillerées de lait ; 2 grammes de chloral en prises espacées.

Apparition des contractions utérines espacées, puis plus fréquentes.

Bouffissure de la face.

Le 14, à 2 heures 1/2 du matin : dilatation comme 5 francs ; à 3 heures 15 : expulsion spontanée du fœtus ; 1/4 d'heure après, délivrance.

Pas d'hémorragie, injection et toilette vulvaire.

Enfant du sexe masculin, né vivant, 970 grammes meurt 1 heure après la naissance.

Placenta normal, poids : 340 grammes.

Le reste de la nuit est calme.

Vers 9 heures du matin, la malade semble se réveiller, rit aux éclats et peut donner son nom.

Pendant la journée, agitation avec délire très accentué : 1 gramme de chloral.

On ne peut se rendre compte de l'urine émise dans la journée, mais elle ne doit pas dépasser 50 centimètres cubes.

Dans la nuit du 15, vers 3 heures du matin, la malade prend pour la première fois complètement connaissance et croit sortir d'un long sommeil ; elle ne se souvient d'aucun des incidents survenus depuis le moment de la première crise.

Régime lacté absolu, la quantité d'urine augmente progressivement et l'albumine diminue.

Le 23 janvier. Exeat, il ne reste plus trace d'albumine, l'état général est bon.

Troisième grossesse. — Albuminerie. — Basiotripsie, 2 avril 1909.

Entrée à la Maternité le 1er avril 1909, à 8 heures du soir.

Dernières règles : fin juillet 1908.

Premières douleurs : le 31 mars, à 8 heures du matin ; examinée par une sage-femme de la ville, dans l'après-midi, elle est envoyée à la Maternité pour présentation du tronc avec procidence du bras. A 4 heures, rupture de la poche des eaux.

Le travail n'avance pas malgré les douleurs assez rapprochées ; ce n'est qu'à 8 heures du soir que la femme est amenée à la Maternité.

A l'entrée, la malade déclare avoir fait analyser ses urines tous les mois ; à ces divers examens, on a constaté qu'il n'y avait pas d'albumine. A l'arrivée de la femme, celles-ci sont analysées par Mme la Maîtresse sage-femme ; elles contiennent 10 grammes d'albumine par litre.

A l'examen, on trouve une présentation du sommet avec procidence de la main droite.

Peu à peu la dilatation se complète, à minuit elle est à petite paume. La dilatation est complétée, le forceps appliqué dérape en trois reprises, les bruits du cœur fœtal deviennent de plus en plus faibles. A 3 heures du matin, on pratique la basiotripsie sur l'enfant mort.

Enfant du sexe masculin pesant 3 kil. 300.

Placenta : 460 grammes.

Suites de couches normales : incontinence d'urine les premiers jours.

Sort le 21 avril 1909.

Quatrième grossesse. — Accouchement prématuré spontané à 6 mois. Hémorragie, présentation : sommet en oiga. Le 7 juillet 1910.

Dernières règles : fin décembre 1909.

Palpation : plan dorsal à gauche, petits membres à droite, sommet très élevé.

Auscultation : bruits du cœur, sur une ligne allant de l'ombilic à la crête iliaque gauche.

Toucher : le col est effacé à l'entrée. Hémorragie depuis 9 heures du matin.

Accouchement : entrée à 11 heures 1/2 ; dilatation, 2 fr. ; à une heure, rupture de la poche des eaux ; à 2 heures 1/2, expulsion spontanée du fœtus.

Enfant vivant, non à terme, sexe masculin. Poids : 1 k. 820. Placenta : 470 grammes.

Suites de couches normales, sort le 14 juillet 1910.

Cinquième grossesse. — Accouchement prématuré artificiel pour rétrécissement du bassin d'origine rachitique. Enfant vivant. 23 juin 1911.

Madame X..., 28 ans. V. Pare.

Antécédents héréditaires. Rien à signaler.

Antécédents personnels. Aucune maladie antérieure.

Antécédents gynécologiques. Réglée, 15 ans ; règles abondantes, pas de dysménorrhée.

Antécédents obstétricaux.

1re grossesse. — Terminée par un avortement à deux mois 1/2, en avril 1907.

2e grossesse. — Le 12 janvier 1908. Accouchement prématuré spontané à 6 mois 1/2, causé par une crise d'éclampsie.

3e grossesse. — Le 2 avril 1909. Etant à terme. 3e accouchement. Albuminurie persistante. Présentation du sommet. Trois applications du forceps inutiles. Basiotripsie sur l'enfant mort.

4e grossesse. — Terminée le 7 juillet 1910 par un accouchement prématuré spontané à 6 mois 1/2.

5e grossesse. — Dernières règles le 10 octobre 1910. Bonne grossesse, pas d'albumine.

Examen. — Inspection. — Pas de masque, seins volumineux, ventre globuleux, ligne brune sous-ombilicale, verjetures, pas de varices.

Palpation. — Le plan dorsal est à droite, le siège occupe le fond de l'utérus, les petits membres sont perçus à gauche, la tête n'est pas engagée et balotte au-dessus du détroit supérieur.

Auscultation. — Le maximum d'intensité des bruits du cœur se trouve tout près de l'ombilic sur une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure.

Toucher. — Le col est ouvert, dilatable ; la présentation que l'on sent à travers le détroit supérieur est haute.

La femme est petite ; elle nous dit avoir marché tard et elle a été nouée dans son jeune âge. Pas de troubles de la marche ; rien du côté des membres inférieurs.

Pelvimétrie. — 1° Interne. — Détroit supérieur, promontoire sous-pubien = 9,5 ; le promontoire étant assez élevé, il est déduit 1 centimètre 5 = 8 centimètres de promonto-pubien minimum.

Excavation. — Les diamètres sont normaux, mais le sacrum décrit une courbe à concavité antérieure. Sacrum en hameçon.

2° Externe. — *Détroit inférieur.* — Bis-ischiatique : $9 + 2 = 11$.

Pelvimétrie interne. — Bis-iliaque antérieure : 22.
Bis-iliaque médian : 25 cm.
Bis-trochantérien : 30 cm.
Baudelocque : 17 cm.

Accouchement artificiel a 8 mois. — Le 21 juin 1911 : Injection antiseptique le matin ; le soir, nettoyage des organes génitaux au savon, nettoyage du vagin, puis tamponnement à la gaze stérilisée.

Le 22 : Les mêmes opérations ont lieu.

Le 23 : A 8 heures du matin, toilette génitale et examen.

Examen. — *Palpation.* — Le sommet se présente toujours, la présentation et la position n'ont pas changé. Le dos toujours à droite et les petits membres à gauche. L'engagement forcé se fait aisément.

Auscultation. — Les bruits du cœur sont normaux et toujours perçus au voisinage de l'ombilic.

Toucher. — Col mou, ayant environ deux centimètres de longueur.

Accouchement.— Le 23 juin 1911, à 11 heures 5 du matin, mise en place d'un ballon de Champetier, de 300 grammes.

Les premières douleurs apparaissent à midi 20, très courtes ; les douleurs se succèdent ensuite de 5 minutes en 5 minutes.

A 3 heures de l'après-midi, expulsion du ballon. Dilatation complète. Rupture de la poche des eaux.

A 8 heures 1/2, expulsion du fœtus. La présentation s'est changée de côté du siège complet. Manœuvre de Mauriceau sur la tête.

A 4 heures, délivrance naturelle complète. Le placenta est normal

Enfant vivant, du sexe féminin, de 8 mois. Poids, 2 k. 300.

Bi-temporal : 7 centimètres;
Bi-pariétal : 8 centimètres.
Occipito-frontal : 9 centimètres 1/2.
Sous O. F. : 10 centimètres.

Les suites de couches ont été parfaites ; la mère n'a présenté aucune élévation de température ; le pouls est resté normal. Quant à l'enfant, avec quelques soins, il est sorti ayant augmenté régulièrement de poids, et aujourd'hui encore, il se porte fort bien.

Observation troisième

Bassin rétréci et gros fœtus

Marie-Eugénie N..., domestique, 27 ans.

Entrée à l'hôpital Ruffi, le 9 octobre 1911, pour fistule vésico-vaginale.

Ant. Héréditaires. — Père et mère : bonne santé. Les enfants de cette dernière sont toujours nés très gros.

Frères en bonne santé ; l'un d'eux mesure 1 mètre 95.

Le grand-père avait 2 mètres 50 de taille.

Ant. Personnels. — Aucune maladie. Nourrie au sein, n'a marché qu'à trois ans, était « nouée ».

Ant. gynécologiques. — Réglée à 17 ans, régulièrement, les règles d'abondance moyenne durent trois jours.

Pas de pertes blanches.

Ant. Obstétricaux. — Coït unique, fécondant le 20 février 1910. La grossesse a été bonne, quelques vomissements au début.

Accouchement. — Le 24 novembre 1910, à terme. Présentation du sommet OIGA. Les petites douleurs apparaissent le 20 novembre, à 3 heures de l'après-midi. La sage-femme appelée fait plusieurs tentatives de version par manœuvres internes sans succès. Le 24, à 3 heures de l'après-midi, deux applications de forceps, qui dérape une première fois et qui, à la seconde prise, permet d'extraire un enfant du poids de « 11 livres ». 5 k. 500.

Délivrance spontanée.

Suites de couches. — Pendant trois ou quatre jours dysurie. Au quatrième jour, les urines passent par le vagin, mélangées aux lochies. Depuis, la malade perd constamment les urines par le vagin.

Examen du 10 octobre 1910. — *Toucher.* — On trouve un col de l'utérus gros, la lèvre postérieure du col est tailladée. En avant de la lèvre antérieure, on a une sensation de vide sur une étendue d'environ 2 centimètres et demi ; on est bridé en avant par la lèvre antérieure de la fistule.

Le col a sa direction normale ; les culs de sacs sont libres, mais on a l'impression d'un vagin peu profond, manquant un peu d'étoffe. A bout de doigt, on sent le promontoire ; le promonto-sous-pubien mesure 10 cm. 5.

Au speculum placé transversalement, on voit une fistule vésico-vaginale juxta-cervicale ; on aperçoit la muqueuse vesicale, dont la coloration rose vif tranche avec la couleur rose pâle du vagin.

Pelvimétrie. — 1° Interne promonto-sous-pubien : 10,5.
2° Externe bi-crête : 32.
Bis- épineux : 29.5.
Baudelocque : 21.
Coccy-sous-pubien : 9.5.
Bis-ischiatiqe : 10.5.

Sacrum en hameçon. La femme est petite, mais ne présente de déviations ni aux membres supérieurs ni aux membres inférieurs.

Opérée le 16 novembre 1911. — Procédé d'avivement simple. — avivement du col utérin et avivement du rebord

de la fistule. Suture aux crins de Florence : 7 crins. Gaze vaginale iodoformée. Sonde à demeure de Malécot.

Lavage vésicaux au protargol à 1 pour 1000 toutes les 3 heures, jour et nuit, pendant les 3 premiers jours ; toutes les 3 heures le jour et deux fois dans la nuit par la suite.

Au cinquième jour, la lumière de la sonde s'est à peu près obstruée par des sels de l'urine, urates et phosphates (examen chimique). Elle est changée et remplacée par une autre. Continuation des lavages : un seul la nuit.

Le douzième jour, enlèvement des fils et pansement vaginal léger. La malade, constipée par l'extrait d'opium, est restée 17 jours sans aller à la selle. Le 17e jour, lavements glycerinés. Le lendemain, purge. Le malade se lève au 19e jour. Elle est sortie guérie le 16 décembr 1910.

Observation IV

Fistule vésico-vaginale. Bassin rétréci. Mme R..., 34 ans.

Ant. Héréditaires. — Rien.

Ant Personnels. — Rien à signaler.

Ant gynécologiques. — Réglée à 16 ans. Régulièrement, pendant 5 jours; abondantes, peu douloureuses.

Antécédents obstétricaux. — 1re *grossesse.* — Dernières règles en décembre 1899. Grossesse bonne. Le 15 septembre, étant à terme, accouchement. Petites douleurs pendant quatre jours. Présentation du sommet. Forceps, deux prises ; la première dérape, la seconde amène l'extraction d'un enfant mort-né du sexe masculin. Délivrance naturelle. Suites de couches normales ; mais au quatrième jour, le 19 septembre, la femme s'aperçoit qu'elle perd les urines par le vagin. Largue fistule vésico-vaginale.

1° Hospitalisée, le 8 octobre 1900, à Montpellier, dans le service de gynécologie, elle y est opérée et sort vingt jours après. La fistule persiste, les dimensions en sont sensiblement moindres.

2° Six mois après, la malade entre à l'hôpital Ruffi, de Nîmes, et y est opérée à nouveau ; l'opération ne réussit pas, et elle sort pour revenir :

3° En 1902, nouvelle opération ; par suite de suppuration la fistule persiste encore.

4° En juillet 1903, nouvelle opération le 19. Grâce à des soins dévoués donnés par notre regretté camarade Lévê-

que, la malade sort en décembre, après s'être guérie d'une pneumonie post-chloroformique. Le procédé employé fut celui de l'avivement suivi de guérison.

En 1907, fausse couche de un mois et demi.

Deuxième grossesse. — Très bonne. Accouchement à terme le 28 février. Dure un jour. Présentation du sommet terminé par application de forceps. Enfant mort-né

Le jour même, la fistule, qui était guérie, s'ouvre à nouveau.

5° La malade rentre à l'Hôpital Ruffi, de Nîmes, pour y être opérée le 22 mars 1910. La malade reste deux mois et sort de l'hôpital non guérie.

6° Elle entre encore en septembre 1910, est opérée à nouveau, et sort le 13 novembre, non guérie, mais améliorée.

7° Nous l'avons retrouvée au mois d'octobre 1911 ; lassée de son infirmité, elle a voulu encore une fois tenter l'opération. Elle rentre le 7 octobre. Après une désinfection minutieuse de son vagin, des lavages au protargol, à 5/1000 de sa vessie, elle est opérée le 18 octobre 1911. Procédé Braquehaye : au quatrième jour, la fistule urinaire apparaît, par suite de l'élimination de deux points de catgut.

8° Réopérée le 7 décembre, par le procédé d'avivement aux crins de Florence. La fistule réapparaît à nouveau au cinquième jour.

La malade sort le 28 décembre, non guérie, et condamnée au port d'un urinal.

Avant son départ, nous avons mesuré son bassin, et nous avons trouvé :

Bis-iliaque antérieur.....	25
Bis-crête.....	27
Baudelocque	18 1/2

Bis-ichiatique.....	11	
Coccy-sous-pubien.....	9	
Promonto-sous-pubien ...	9 1/2	8 c.

Le promontoire est facilement accessible. La sacrum est fortement concave, et a la forme d'un hameçon.

La première observation est l'histoire d'une femme à bassin plat, rachitique, multipare, envoyée du dehors par son médecin, pour subir l'accouchement provoqué dans une maternité. Cette femme nous est arrivée à une époque trop éloignée du début de sa grossesse pour espérer d'avoir un enfant vivant, avec un rétrécissement aussi marqué. Devant le refus catégorique de subir une intervention à terme, en présence des antécédents obstétricaux, nous avons tout de même tenté l'accouchement provoqué, mais sans grand espoir de survie. De plus, nous avions espéré beaucoup de la présentation céphalique ; celle-ci s'est modifiée, et, au moment de l'expulsion, nous nous sommes trouvés en présence d'un siège complet. Nous avons, à ce moment, été obligés de faire sur la tête, dernière, une manœuvre de Champetier de Ribes un peu dure. L'enfant, né en état de mort apparente, a vécu six heures. Les mensurations de la tête fœtale nous ont montré que le diamètre bi-pariétal était plus grand que le promonto-pubien d'environ 7 mm. Cette différence est sans doute la cause du défaut d'engagement de la tête dernière, qui a nécessité l'intervention.

Il est probable que si cette femme s'était présentée à nous quinze jours plus tôt, elle aurait pu conserver son enfant vivant.

L'observation II est la réunion des observations obstétricales d'une même femme, rachitique, à bassin aplati, multipare. Cette femme, que nous avons pu suivre pendant sa grossesse, et qui venait régulièrement à la Consulta-

tion, a subi, en temps opportun, la provocation de l'accouchement. Le résultat a été excellent pour la mère et pour l'enfant.

Bien que son passé obstétrical fut très chargé, elle a pu, grâce à une surveillance continue, grâce aux conseils qu'elle avait reçus à la consultation, voir ses vœux exaucés. Elle a aujourd'hui une fillette florissante de santé, ce dont elle est toute heureuse, quand elle songe aux désillusions que lui avaient laissées les grossesses précédentes.

Les observations III et IV ont été recueillies par nous, dans le service de Gynécologie de l'Hôpital Ruffi. Elles ont trait à deux cas de fistules vésico-vaginales : l'une (III), consécutive à l'extraction d'un gros fœtus dans un bassin légèrement rétréci ; l'autre (IV), consécutive à l'extraction à terme d'un fœtus chez une femme dont le bassin aplati ne mesure que 8 centimètres de promonto-pubien minimum.

Ces deux dernières observations montrent la nécessité de l'examen répété de la femme enceinte. Si ces deux femmes avaient été examinées avant le terme, on aurait constaté, chez l'une, la présence d'un gros fœtus ; chez l'autre, l'existence du rétrécissement pelvien.

Il est vrai que les femmes se refusent encore à aller consulter le médecin durant leur grossesse. Si l'ancienne loi de la déclaration obligatoire (1) de la grossesse persistait, ou était transformée en une obligation pour la femme enceinte, de subir l'examen médical, on aurait, dans la pratique, beaucoup moins de déboires, lorsque la malade arrive à terme avec un bassin rétréci, infranchissable par la tête fœtale.

---

(1) Morache. Questions médico légales dans Bar-Brinteau. T. I, p. 996.

CONCLUSIONS

1° L'accouchement prématuré artificiel est une opération légitime, qui donne, dans la pratique journalière, de bons résultats.

2° Destiné, dans un avenir plus ou moins lointain, à disparaître dans les cliniques, il reste, pour le praticien, la seule opération praticable dans la clientèle privée, devant le refus de la femme de subir les risques d'une intervention à terme.

3° Il ne donne qu'une proportion normale de débiles. La mortalité fœtale, encore élevée, s'améliorera quand l'accouchement sera provoqué en temps voulu. L'avenir des enfants nés à la suite de cette opération, est le même que celui des enfants nés par la césarienne ou la pubiotomie.

4° Pratiqué dans les cas où le bassin mesure entre 9 et 8 centimètres de diamètre utile, il donne d'excellents résultats dans les bassins aplatis.

Dans les bassins généralement rétrécis, il devra être provoqué à une époque moins avancée que dans les bassins aplatis, à rétrécissement égal ; dans ce dernier cas, avec un diamètre promonto-pubien minimum inférieur à 8 centimètres, l'opération césarienne lui sera préférée ; elle est alors l'opération de choix, en raison de l'atrésie des parties molles, fréquente dans ce cas.

Dans le bassin canaliculé, à concavité sacrée effacée, le mécanisme de l'asynclitisme ne pouvant se produire, les interventions sanglantes reprennent leurs droits dans les rétrécissements du troisième et du quatrième degré.

5° Grâce à la céphalométrie, au palper et au toucher mensurateurs, à la pelvimétrie digitale, on peut fixer exactement la date de l'interruption de la grossesse, et faire profiter le plus possible l'enfant de sa vie intra-utérine, ce qui lui permet de naître plus résistant.

BIBLIOGRAPHIE

Ahlfeld. — Die Bestimmung der Grösse des Kindes von der Geburt. Dissertation inaugurale, Strasbourg, 1875.

Alain. — Fœticide thérapeutique. Thèse, Bordeaux, 1901.

Audebert. — Faut-il renoncer à la basiotripsie ? Archives médicales de Bordeaux, 1900.

— Rupture des parties molles pendant la symphyséotomie, et sur les moyens de l'éviter. Archives de Tokologie et de Gynécologie, 1895.

— L'enfant né avant terme. Archives médicales de Toulouse, 15 mai 1900.

Annales de Gynécologie et d'Obstétrique de 1888-1910.

Bar. — La pratique de l'art des accouchements, 1909.

— De l'opération césarienne conservatrice. *Journal d'Obstétrique,* 1900, numéro 3, page 211.

— Dans les cas de viciation pelvienne, le médecin peut-il aujourd'hui, sans engager sa responsabilité, pratiquer l'embryotomie sur l'enfant vivant. Presse médicale, 15 février 1902.

Baudelocque. — Art des accouchements, 1807. T. II, p. 289-291.

Berthod. — La Couveuse et le Gavage à la Maternité de Paris. Thèse, 1887.

Berlingerie. — Thèse de Paris, 1861, numéro 72.

Bichemin. — Thèse de Paris, 1865, numéro 110.

Bocquel. — Sur l'avenir obstétrical des femmes qui ont subi l'opération césarienne. Journal d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie pratiques, 20 décembre 1905.

Boissard. — Etude sur les indications de l'accouchement prématuré artificiel. Archives de Tokologie, 1893, page 1.

— Question à propos d'une césarienne itérative (analyse). In Obstétrique, 1906, page 65. (Société d'Obstétrique de Paris, séance du 15 novembre 1905.)

Boivin (Mme). — Mémorial de l'art des accouchements. Paris, 1817.

— Traduction avec notes et additions du « Saggio di Osservazioni cliniche sul parto previe artificiale de Ferrario », *in* Journal Complémentaire des sciences médicales, 1829, t. XXXIV, p. 355-357.

Bourgeois (Louise), dite Boursier, sage-femme de la Reine. — Observations diverses sur la stérilité, perte de fruict, fécondité, accouchements et maladies des femmes et enfants nouveaux-nés. Paris, 1626.

Bonnaire. — 20 opérations césariennes pratiquées à l'hôpital Lariboisière. Presse Médicale, 5 octobre 1907.

Budin. — Le nourrisson. Paris 1900.

Budin et Perret. — Nouvelles recherches sur les enfants débiles. Obstétrique, 1901, p. 209.

Budin. — Embryotomie sur l'enfant vivant. Obstétrique, 1906, p. 200.

— L'accouchement prématuré artificiel. Journal des Praticiens, 9 février 1907.

Bué. — Protection de la première enfance en France. Obstétrique, février 1909.

Burckhardt. — Essai sur l'accouchement prématuré arti-

ficiel employé dans les cas de rétrécissement considérable du bassin. Thèse de Strasbourg, 1830.

Canton (E.). — 25 cas d'opération césarienne sans mortalité maternelle. Annales de Gynécologie, septembre 1907.

Capuron. — Médecine légale relative à l'art des accouchements, 1821, p. 302.

— Cours théorique et pratique d'accouchements. Paris, 1823.

Carette. — Contribution à l'étude de l'accouchement provoqué. Thèse de Lille, 1891, n° 43.

Champetier de Ribes. — De l'accouchement provoqué. Annales de Gynécologie, décembre 1888, p. 401.

Charpentier. — De la symphyséotomie. Nouvelles archives d'obstérique et gynécologie, 1892, n° 5, p. 213.

— Traité pratique des accouchements. Paris, 1883.

Clapier. — Puériculture avant la naissance. Thèse Paris, 1907.

Corradi. — De l'obstetricia in Italia. Bologne, 1874-1877.

Coudert. — Sur l'accouchement provoqué prématuré. Le Médecin praticien, 20 décembre 1906.

Couvelaire. — Basiotripsie ou hystérectomie, *in* Revue Pratique d'Obstétrique et de Pédiatrie, octobre 1907.

— Rupture de la cicatrice d'une ancienne opération césarienne. Annales de Gynécologie, 1906, p. 153.

Cudennec (Le). — Du palper abdominal. Th. Paris, 1890.

Crémieu. — Des résultats de l'opération de Porro à la clinique Baudelocque. Thèse Paris, 1908.

Cury. — Hygiène sociale de la grossesse dans la classe ouvrière. Thèse Paris, 1898.

David. — Contribution à l'étude de l'accouchement prématuré. Thèse Paris, 1897.

Decarpentries. — Thèse Paris, 1876, n° 345.

Delaigne. — Contribution à l'étude des résultats immédiats et éloignés de l'accouchement prématuré provoqué dans les rétrécissements du bassin. Thèse Lyon, 1909-1910.

Desforges. — Recherches historiques et critiques sur la symphyséotomie. Thèse de Paris, 1892.

Denmann. — Introduction à la pratique des accouchements, t II.

Dezeimeris. — Dictionnaire de médecine, II[e] édition, 1832, t. I.

Deventer. — Observations sur la pratique des accouchements, p. 89-90.

Devraigne. — Des bassins rachitiques. Médecine pratique, 15 janvier 1907.

Döderlein. — De l'hébotomie. Centralblatt für Gynäkologie, n° 3, p. 89-1906.

Doleris. — Rapport sur un mémoire concernant l'opération de Gigli dans la pratique obtstétricale. Bulletin de l'Académie, 2 mai 1907.

Dubois. — Thèse de concours. Dans les différents cas d'étroitesse du bassin, que convient-il de faire. 1834, p. 47.

Fabre. — Obstétrique. Paris, 1910.

— Radiographie du bassin et du fœtus pendant la grossesse. Revue pratique de Gyn., d'Obst. et de Pédiatrie 15 juillet 1907.

Farabeuf. — De l'agrandissement momentané du bassin oblique ovalaire par ischio-pubiotomie. Annales de Gynécologie, 1892, t. II, p. 401.

— Opération de Gigli. Bulletin de l'Académie, 18 juin 1907.

Fodéré. — Traité de médecine légale, 1827.

— Dictionnaire des sciences médicales, article « Police médicale. »

— Journal de la Société des sciences, arts et agriculture du Bas-Rhin.

Fruhinsholtz. — De l'opération césarienne répétée chez la même femme. Anales Gynécologie, mars 1906.

Fromigier. — Thèse, Lille, 1878.

Frontera. — Thèse Paris, 1861, n° 121.

Gallimard. — De l'avenir immédiat et éloigné des enfants nés par l'accouchement prématuré provoqué. Thèse Paris 1905, n° 380.

Gardien. — Traité complet des accouchements et des maladies des filles, des femmes et des enfants. Paris, 1824.

Gigli. — Résultats de la section latérale du pubis d'après les 80 premiers cas. Centralblatt für Gynäkologie, n° 41, p. 1235.

— Presse Médicale 1905. Section latérale du pubis.

Gislhain (de). — Thèse Paris, 1878, n° 349.

Grinda. — Contribution à la technique de l'accouchement prématuré artificiel. Thèse Paris, 1890, n° 305.

Guillemeau. — De la grossesse et accouchement des femmes, du gouvernement d'icelles et moyen de subvenir aux accidents qui leur arrivent. Paris, 1620.

Jeannin (Cy.) et Cathala. — Du pronostic et des indications de l'hébotomie *in* l'Obstétrique, 1908, p. 440.

Jeannin. — Les nouvelles méthodes d'opération césarienne permettent-elles d'étendre les indications de cette intervention ? Presse Médicale 1910, n° 61, p. 587.

— Comparaison entre la symphyséotomie et la pubiotomie. Presse Médicale, 1908.

Krönig. — Jusqu'à quelle limite le droit à la vie de l'en-

fant doit-il être respecté. Monattschrifft für gebart und Gynäkologie, p. 303. Bd XXII, 1906.

Krause. — Dissertation inaugurale. Breslau, 1855 : die Kunstliche Frühegeburt.

Labusquière. — De la marche des accouchements dans les bassins rétrécis. Annales de Gynécologie, 1908, p. 488 et 678.

Lacour. — Recherches historiques et critiques sur la provocation de l'accouchement prématuré. Thèse Paris, 1844.

Lauverjat. — Nouvelle méthode de pratiquer l'opération césarienne. Paris, 1788.

Lebedeff. — Variabilité des dimensions du bassin suivant les attitudes du corps. Annales de Gynécologie, 1899, page 118.

Léopold. — Rapport au congrès de Moscou. Annales, 1898, t. I, p. 467.

— Rapport au congrès d'Amsterdam. Annales de Gynécologie, 1899, p. 402, t. II.

— Contribution à la section césarienne sur un total de 229 cas. Annales de Gynécologie, 1907, p. 257.

Luffring. — De l'accouchement prématuré artificiel. Mercredi médical, Paris 1892, t. III, page 353.

Maire. — Nouvelle opération destinée à remplacer la symphyséotomie. Presse médicale, 1907, p. 456.

Mauvais. — Thèse, Paris, 1878, numéro 429.

Maygrier. — Deux statistiques hospitalières de prématurés. L'Obstétrique, novembre 1901.

— Elevage et survie des prématurés nés à la Maternité de la Charité. L'Obstétrique, 1907.

— Le prématuré : son avenir, sa protection. Presse médicale, 1908, numéro 102, page 817.

— Histoire d'un petit prématuré du poids de 840 grammes. (Société Obstétricale de Paris.)

Merriman. — Recueil général de médecine, t. LVIII, p. 153.

Moisnard. — De l'excès de volume du gros fœtus et de l'avenir du gros enfants. Thèse, Paris, 1903.

Mouchotte. — Une série de 14 opérations césariennes conservatrices. Annales de Gynécologie, 1908, page 677. In Obstétrique, 1907.

L'Obstétrique. — 1900 à 1910.

Oui. — Etude sur les principales méthodes de provocation de l'accouchement prématuré. Annales de Gynécologie, 1891, page 401.

Paulet. — Etude sur l'accouchement provoqué. Thèse, Paris, 1870, n° 204.

Perret. — Accouchement prématuré provoqué et symphyséotomie. Thèse, Paris 1894.

Pestalozza. — Rapport au Congrès de Budapest, 1909. L'obstétrique, 1909, p. 174.

Pfeilsticker. — La technique de la pubiotomie. Centralblatt fur Gynäkologie, 1905, n° 48, p. 1467.

Pinard. — De l'accouchement provoqué. Annales Gyn., 1891, p. 1 et 81.

— Accouchement provoqué. Médecine moderne, Paris, 1891, t. II, p. 273-295.

— Symphyséotomie. Annales de Gynécologie, 1892, p. 452.

— Symphyséotomie et embryotomie dans le cas où le fœtus est mort. Annales de Gynécologie, 1893, p. 85-86.

— Indication de l'opération césarienne par rapport à celles de la symphyséotomie et de l'accouchement provoqué. Annales de Gynécologie, 1899, t. II, p. 81.

— Du prétendu fœticide thérapeutique. Annales de Gynécologie, 1900, t. I, p. 1.

— Progrès de l'obstétrique pendant le dix-neuvième siècle. Annales de Gynécologie, 1900 t. II, p. 473.

— Hygiène de la femme enceinte. Puériculture intra-utérine. Annales de Gynécologie, 1900, t. II, p. 606.

— Rapport sur la puériculture. Annales de Gynécologie, 1903, p. 107.

— Thérapeutique de la dystocie causée par viciation pelvienne à la clinique Baudelocque, 1889-1907. Annales de Gynécologie, septembre 1907.

— De l'obstétrique opératoire dans la dystocie par viciation pelvienne. Annales de Gynécologie, novembre 1908.

Potocki. — L'opération césarienne moderne. Annales de Gynécologie, 1890, p. 114-167.

— Opération césarienne pour rupture imminente de l'utérus. Annales de Gynécologie, 1906, p. 268.

Plauchu. — Indication du forceps et de la version dans les rétrécissements du bassin. Journal d'Obst. de Gyn. et de pédiatrie pratiques, 1904.

Puech. — Nouveau Montpellier Médical, 1893, t. II, p. 433. De la symphyséotomie.

Reifferscheid. — Nouvelles considérations sur la pubiotomie. In obtstétrique, 1907, p. 68 et 69.

— Sur la pubiotomie. Centralblatt fur Gynâkologie, 1905, n° 42, p. 1289-1296.

Roussel de Vauzennes. — De sectione symphyseos ossa-pubi admittenda. Thèse, Paris, 1778.

Sée. — Thèse de Paris, 1854,

Sue. — Essais historiques et critiques sur l'art des accouchements, 1779, p. 606.

ROLET. — Symphyséotomie et accouchement prématuré artificiel. Thèse, Paris, 1896, numéro 203.

TARNIER et SÉE. — Atlas complémentaire à tous les traités d'accouchement. Paris, 1865.

— Comparaison entre l'accouchement prématuré artificiel, la césarienne et la symphyséotomie. Presse médicale, 1895, page 265.

VALLOIS. — Le nouveau-né. Coulet et Masson, 1900-1908.

VARNIER. — Bilan de la symphyséotomie renaissante. Annales de Gynécologie, 1898, page 241.

— Les bassins rétrécis sont-ils dilatables sans la symphyséotomie. Annales de Gynécologie, 1894, t. II.

VAYSSETTE. — Thèse de Lyon, 1881.

VELPEAU. — Traité élémentaire de l'art des accouchements, 1835.

WALCHER. — Influence de la position sur la forme et les dimensions du bassin. Annales de Gynécologie, 1899. T. II, page 345.

WALLICH. — A propos de l'histoire de la puériculture. Annales de Gynécologie, 1906, page 23.

WEILL. — Différentes méthodes employées pour provoquer l'accouchement. Thèse, Paris, 1891.

ZWEIFEL. — Technique, indications et suites de pelvitomies. Annales de Gynécologie, septembre 1907.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 14 février 1912.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 13 février 1912.
Le Doyen
MAIRET

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !